Ńr. 14. 1. kwietnia 1928. Rok VII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

J. KOSTRZEWSKI i F. NEUGEBAUEROWA. Kraków.

Opony mózgordzeniowe a własności wyhodowanych bakteryj.

(Z oddziału chorób zakaźnych szpitala św. Łazarza w Krakowie).

Z biegiem czasu w miarę gromadzenia się spostrzeżeń, uległy przeobrażeniu pierwotne zapatrywania na stałość i niezmienność bakteryj. Dzisiaj już wiemy, że bakterje mogą bądźto tracić niektóre ze swych własności, bądźto zyskiwać własności nowe, takie, jakich dotychczas nie okazywały. W ten sposób powstają odmiany w obrębie gatunku, lub wykształca się zgoła inny gatunek.

Że bakterje jedne cechy tracą a inne zyskują, tłómaczymy sobie to wpływem czynników zewnętrznych na właściwości protoplazmy zarówno żywotne jak utajone. Między czynnikami zewnętrznemi pierwszorzędną rolę odgrywa podłoże. Mówiąc o niem rozumieć należy tak pożywki sztuczne, martwe, — jak żywy organizm.

Z dziedziny zjawisk które rozpatrujemy, przytoczymy własne spostrzeżenie:

Dnia 6. XI. 1924 przyjęto na oddział mężczyznę T. G. liczącego lat 63. Miał on zachorować tydzień przedtem, a zmarł dnia 14. XI. 1924. Na podstawie objawów klinicznych i wyników badań pracownianych rozpoznano: *Sepsis. Pericarditis exsudativa. Pleuritis dextra exsudativa. Meningitis purulenta. Bronchopneumonia ambilateralis praecipue dextra. Myocarditis chronica. Emphysema pulmonum in individuo cum arteriosclerosi maioris gradus.*

Rozbioru zwłok dokonano dnia 16. XI. 1924 w Zakładzie anatom. patolog. U. J. (Prof. Dr. Ciechanowski) i stwierdzono (asystent Skibniewski): *Meningitis basilaris purulenta. Encephalomalacia hemispherae sin. cerebelli. Atrophia cerebri. Fibrosis leptomeningum. Emphysema pulmonum maioris gradus. Synechiae pleurales bilaterales. Pneumonia crouposa centralis lobi superioris dextri in statu hepatisationis griseae. Gangraena lobi superioris pulmonis dextri. Pleuritis fibrinosa dextra. Tracheobronchitis purulenta. Dilatatio et hypertrophia cordis totius praecipue dextri. Endocarditis exacerbans valvularum mitralis, tricuspidalis et semilunarium aortae. Cicatrices myocardii. Abscessus myocardii. Pericarditis fibrinoso-haemorrhagica (cor villosum). Lipomatosis musculi cordis. Tumor acutus et abscessus lienis. Abscessus subphrenicus saccatus. Ascites. Arterioclerosis universalis maioris gradus. Cicatrices renum post infarctibus. Tbc caseosa et fibrosa lymphoglandularum mediastinalium et peribronchialium. Pyaemia.*

Nie wdajemy się w szczegóły przebiegu choroby i zmian znalezionych na zwłokach, bo rozpoznanie kliniczne i anatomiczne cechuje dostatecznie dla naszych rozważań, sprawę toczącą się w ustroju. Przechodzimy więc do omawiania badań bakterjologicznych. Przeprowadzono ich ogółem 8 (osiem), a mianowicie:

Dnia 7. XI. i 10. XI. szczepiono krew i wyhodowano szczepy „1985" i „2004",

dnia 10. XI., 11. XI. i 14. XI. z płynu mózgowo-rdzeniowego wyhodowano szczepy: „2002", „2023" i „2030",

dnia 10. XI. i 11. XI. płyn osierdziowy wysiany na pożywki okazał się jałowym,

dnia 14. XI. z płynu wydobytego z jamy opłucnowej wyhodowano szczep „2031".

Co do przyrody szczepu „2023" możemy powiedzieć jedynie tylko, że były nim laseczniki, nie posiadające ruchów własnych, które pożywkę Rothbergera rozsadziły, mleko ścięły, serwatkę lakmusową zmąciły ale nie zmieniły jej barwy, na pożywce Drygalskiego, Endo i agarze nie porosły. Bliżej własności „2023" nie poznaliśmy, bo szczep w pierwszem pokoleniu po 24 godzinach zginął.

Natomiast inne szczepy hodowaliśmy z górą 4 (cztery) miesiące. Na podstawie zachowania się ich na odpowiednich pożywkach mogliśmy się przekonać, że „1985", „2004" i „2031" to typowe *b. coli*, zaś „2002" i „2030" przypominały pierwsze trzy szczepy ale się różniły od nich pod niejednem względem.

Z podanych szczegółów wynika: wobec własności wytwarzania żółtego barwika na agarze, i wobec własności rozpuszczenia żelatyny, „2002" i „2030" nie były szczepem *b. coli*, ale jego odmianą noszącą nazwę: *b. coli luteoliquefaciens*.

»1985« »2004« »2031«	»2002« »2030«
1) były laseczki krótkie, grube, obdarzone tylko słabym ruchem własnym Gram-ujemne	1) były laseczki dłuższe, cienkie o żywym ruchu własnym Gram-ujemne
2) na agarze rosły bujnie	2) na agarze rosły bujnie, okazując barwę żółtą
3) pożywkę Drygalskiego czerwieniły	3) pożywki Drygalskiego nie zmieniały, okazując barwę żółtą
4) na pożywce Endo rosły bujnie — barwiąc ją czerwono	4) na pożywce Endo ledwie widoczny wzrost, podłoże czerwono zabarwione
5) mleko ścięte po 24 godz.	5) mleko ścięte po 2x24 godz.
6) żelatyny nie rozpuszczały (14x24 godz.)	6) żelatynę, wprawdzie bardzo słabo ale zaczynały rozpuszczać go 7x24 godz.; po 14x24 godz. w górnej warstwie żelatyna płynna (w postaci kropli) w ilości nie dochodzącej objętości ziarna soczewicy
7) serwatkę lakmusową czerwieniły i mąciły	7) serwatkę lakmusową mąciły, nie zmieniając jej barwy, względnie tylko lekko ją różowiąc
8) na agarze skośnym żyły czas dłuższy	8) przeszczepiane z agaru skośnego po 7 dniach, okazywały tylko słaby wzrost; przeszczepiane z agaru na agar po 14 dniach już nie porosły
9) pożywkę Rothbergera rozsadziły i odbarwiły	9) w pierwszych pokoleniach pożywkę Rothbergera rozsadzały w dalszych raz pożywka rozsadzona to znowu nie zmieniona
10) hodowane na wodzie peptonowej zaczynają wytwarzać indol po 7x24 godz., wytwarzają go w skąpej ilości	10) hodowane na wodzie peptonowej zaczynają wytwarzać indol po 2x24 godz.; wytwarzają go obficie

A więc w ustroju chorego T. G. żyły równocześnie bakterje jednego gatunku ale w dwu odmianach. Przychodzi wobec tego na myśl, czy różnice pomiędzy bakterjami jakie stwierdzono *in vitro* odbiły się na własnościach surowicy krwi chorego, czy nie? Pytanie uzasadnione skoro ustrój zwykł na zarazki chorobowe oddziaływać swoistemi ciałami odpornościowemi.

Niestety warunki tak się złożyły, że w tym kierunku nie przeprowadziliśmy badań.

Ale każdym z pośród pięciu omawianych szczepów uodporniliśmy po jednym króliku. Surowice uodpornionych zwierząt badaliśmy na własność zlepiania i na zdolność wiązania dopełniacza. Jedną i drugą zarówno wobec szczepu własnego t. zn. tego przy pomocy którego uzyskano daną surowicę, jak i wobec czterech innych szczepów. I stwierdzono:

A) 1) Każda z surowic królików uodpornionych szczepem: „1985", „2004" i „2031" okazywała miano zlepne 6000—8000, nie tylko wobec szczepu własnego, ale także wobec dwu innych w tem miejscu wymienionych. Ale żadna z nich nie zlepiała nawet w najsłabszym stopniu szczepów „2002" i „2030".

2) Natomiast jedna i druga surowica otrzymana przy pomocy szczepów „2002" i „2030" zlepiała jeszcze w rozcieńczeniu 1/3000 do 1/4000, „2002" i „2030" t. zn. szczepy wyhodowane z płynu mózgowo-rdzeniowego, a nie zlepiały całkiem szczepów wyhodowanych z krwi względnie z płynu opłucnowego, albo tylko w słabym stopniu; najwyżej w rozcieńczeniu 1/800 i to tylko szczep „2031" t. zn. pochodzący z płynu opłucnowego.

B) 1) Każda z pośród surowic skierowanych przeciw szczepom „1985", „2004" i „2030" wiązały dopełniacz, skoro użyto jako wywoływacza jednego z wymienionych trzech szczepów. Nie wiązały zaś dopełniacza skoro wywoływacz sporządzono ze szczepów wyhodowanych z płynu mózgowo-rdzeniowego.

2) Surowice odpowiadające „2002" i „2030" odchylały dopełniacz nietylko w obecności jednego i drugiego szczepu wyhodowanego z płynu mózgowo-rdzeniowego, ale także przy użyciu jako wywoływacza któregokolwiek ze szczepów otrzymanych z krwi względnie z płynu opłucnowego. Odczyn wiązania dopełniacza

wypadł ujemnie przy nastawianiu go z wywoływaczem sporządzonym ze szczepów „2002“ i „2030“, a użyciu jako dwuchwytnika surowic swoistych dla *B. typhi*, *b. paratyphi A*, *b. dysenteriae Y*, *dysenteriae H Kruse* i *b. faecalis alcaligenes*.

Streszczając szczegóły przytoczone pod A) i B) powiemy: szczepy „1985“, „2004“, „2031“ powodowały powstawanie zlepników i ciał wiążących dopełniacz jedynie na szczep własny i dwa równe sobie,

Szczepy zaś „2002“ i „2030“ dawały ciała odpornościowe skierowane nietylko przeciw szczepom wyhodowanym z płynu mózgowo-rdzeniowego, — ale także przeciw szczepom wyhodowanym z krwi i płynu opłucnowego. Wobec tych ostatnich miano zlepne i własności wiązania dopełniacza były daleko słabsze niż wobec szczepów „2002“ i „2030“.

Z tego co powiedziano widać, że omawiane dwie odmiany tego samego gatunku przedstawiały niejednakowe własności zarówno *in vitro* jak *in vivo*. O pierwszych przekonujemy się na podstawie zachowania się szczepów na pożywkach, o drugich wnosimy z jakości surowic pochodzących z uodpornionych zwierząt.

Zastanówmy się teraz skąd względnie jaką drogą dostała się jedna i druga odmiana bakterji do ustroju chorego T. G.?

B. coli, które stwierdzono we krwi i płynie opłucnowym, naszem zdaniem w myśl ogólnie znanych spostrzeżeń, przedostało się z przewodu pokarmowego. Co do *b. coli luteoliquefaciens* znowu, które żyło w świetle worka opon mózgowo-rdzeniowych, nie mamy żadnych danych ani klinicznych, ani anatomicznych, aby tam wtargnęło z narządów sąsiednich takich, które pozostają w zetknięciu ze światem zewnętrznym. Wobec tego przychodzi na myśl, czy nie dostało się z krwi czyto bezpośrednio, czy pośrednio? (Mówiąc pośrednio bierzemy pod uwagę, że ognisko rozmiękczynowe w móżdżku mogło było powstać drogą krwi i w ten sposób mogło było być wyjściem, a nie następstwem zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych). Nie wyklucza tego założenia ta okoliczność, że z krwi nie wyhodowano szczepu „2002“ i „2030“ ani razu; dwukrotnie szczepiąc krew stwierdzono w niej tylko *b. coli*. *B. coli* — które, należy przyjąć — dopiero w świetle worka opon mózgowo-rdzeniowych przybrało postać *b. coli luteoliquefaciens*.

Możnaby podnieść wątpliwość, czy brak dostrzegalnych zmian anatomicznych wyklucza możność dostania się bakterji do wnętrza worka opon mózgowo-rdzeniowych z sąsiednich narządów? Słusznie! Ale rozumowanie takie zniewala przyjąć w danym przypadku niejedną możliwość za rzeczywistość, niejeden domysł za fakt, które razem wzięte dają mało prawdopodobny zespół. Dlatego nie rozstrząsając bliżej w tej chwili zajętego stanowiska, wracamy do pierwotnego założenia. Założenie to jest w myśl uwag wstępnych dopuszczalne ze względu na podobieństwo drobnoustrojów, a ze stanowiska objawów klinicznych i zmian anatomicznych stwierdzonych u T. G. zrozumiałe, usprawiedliwione.

Jesteśmy u kresu naszych wywodów. Omówiono w nich cechy wyhodowanych bakterji, przedstawiono w jakich warunkach odmiana pochodna powstała z wyjściowej, i wreszcie opisano jak się dwie odmiany tego samego gatunku rozmieściły w ustroju chorego T. G. — Jedną od drugiej, grodziły opony mózgowo-rdzeniowe.

Piśmiennictwo:

F. Eisenberg: Ergebn. d. Immunitätsf. Bd. 1, 1914, „Ueber Mutationen bei Bakterien“. — F. Eisenberg: Zentralblatt f. Bakteriologie. Originale Bd. 80, H. 7, 1918. „Untersuchungen über die Variabilität der Bakterien“.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. WEINSAFT. Lwów.

Przypadek „Bartholinitis gonorrhoica“ leczony autohaemoterapją.

(Z lecznicy Okr. Zw. Kas Chorych we Lwowie. Prym.: Dr: Seidler):

Bartholinitis, powstająca najczęściej na tle rzeżączki, nie należy do rzadkości. Sieber podaje, że w rzeżączce w $^3/_4$ przypadków zachodzi zakażenie gruczołu Bartholiniego, zwykle obustronnie, i że w przypadkach rzeżączki należałoby na gruczoł ten większą zwrócić uwagę, niż dotychczas. Sprawa rozpoczyna się zwykle wypukleniem okolicy gruczołu, następuje zaczerwienienie odpowiedniej części skóry, czemu towarzyszą silne bóle, zachodzi również obrzęk wargi małej. Zakażeniu ulega naprzód wyprowadzający przewód gruczołu, który obrzęka, co powoduje zastój wydzieliny gruczołowej. Następowo powstaje torbielkowaty obrzęk gruczołu, którego treść dzięki wtórnemu zakażeniu ulega zropieniu (pseudoabsces) i może przebić na zewnątrz, czego następstwem jest ustąpienie objawów, jak ból, gorączka, obrzęk. Miejsce przebicia ulega zabliźnieniu, wydzielina zalega jednak w dalszym ciągu, gdyż przewód jest zwężony albo zarośnięty. W ten sposób powstaje zapalenie przewlekłe gruczołu, który może dochodzić wielkości śliwki i przemieścić w znacznym stopniu wejście do pochwy.

Leczenie jest trudne i bardzo oporne. Stosuje się instyllacje 1% z azotanu srebra *arg. nitr.* lub 1%—2% roztworem protargolowym za pomocą strzykawki Pravaza i tępej kaniuli. Instyllacje należy robić ostrożnie, by nie uszkodzić przewodu wyprowadzającego, co prowadzi do ropni. Ostateczne wyleczenie tym sposobem jest trudne do osiągnięcia.

Jeszcze mniejsze widoki wyleczenia daje terapja szczepionkami i zastój Biera.

Zwolennicy radykalnego postępowania radzą wyciąć zakażony gruczoł. Sieber nie pochwala tego sposobu przypisując wydzielinie gruczołu wielkie znaczenie w okresie dojrzałości płciowej.

Ważny jest fakt, że niekiedy wyłącznie i jedynie sam gruczoł ulega zakażeniu. Lecząc szyjkę maciczną i cewkę moczową zapobiegawczo kilka dni radzi Sieber naświetlać gruczoł promieniami Roentgena, kontrolując w czasie leczenia wydzielinę, a w razie ujemnego wyniku spróbować prowokacji (arthigon), która oddaje często bardzo cenne usługi. Przy pierwszem naświetlaniu trudno usunąć zakażenie, dochodzi wtedy jedynie do przestrojenia gruczołu, jako pożywki bakteryjnej, na niekorzyść dwoinek Neissera. Po drugiem naświetlaniu pełną dawką skórną osiąga się swój cel. Dwoinki Neissera przez zmianę podłoża zostają następnie wydalone z wydzieliną. Autor leczy w ten sposób nietylko przypadki ostre, ale także przewlekłe. Swoistego chemicznego działania na ognisko chorobowe autor nie uznaje. Co do dawkowania, dawka nieśmie być za mała (powinna wynosić 95%—100% HED), — zwłaszcza, że komórki nabłonkowe gruczołu są bardzo oporne na działanie promieni. Niektórzy wprawdzie sądzą, że wielkie dawki Roentgena uszkadzają czynność gruczołu, tak jednak nie jest, gdyż autor, mimo wysokich dawek, otrzymywał po pewnym czasie normalną wydzielinę gruczołu, coby się nie dało pomyśleć, gdyby komórki gruczołowe zostały zniszczone. Uszkodzone nabłonki zostają przez promienie Roentgena zniszczone — i uniesione z prądem limfy, czy krwi, zostają pochłonięte przez makrofagi. Jedynie gronkowca trudno jest usunąć promieniami Roentgena, — stąd wtórorzędne ropienia. Zadaniem więc terapji powinno być wyśledzenie, jakie chemiczne zmiany podłoża są potrzebne do unieszkodliwienia gronkowca.

Hübner radzi stosować autohemoterapie, t. j. obstrzykać gruczoł krwią chorej, wziętą z żyły. W 12 przypadkach osiąga zupełne wyleczenie po 1 razowym zabiegu, w 2 po 2 razowym, a jedynie w jednym był potrzebny 3 krotny zabieg. Zabieg jest łatwy i wyjątkowo tylko niewykonalny (niemożność otrzymania krwi z żyły), — może więc doskonale służyć lekarzowi praktykowi. Działanie jest, zdaniem Hübnera, znacznie szybsze, niż przy postępowaniu Siebera. W ciągu krótkiego czasu (1—2 wstrzyknięć, wyjątkowo 3 wstrzyknięcia — giną dwoinki rzeżączki. Zupełne usunięcie dwoinek Neissera osiąga w 60% przypadków po jednokrotnem obstrzyknięciu. Obstrzykiwanie należy powtórzyć, jeżeli wydzielina badana w trzecim dniu zawiera jeszcze leukocyty. Obstrzyknięcie sprowadza nietylko wyleczenie, lecz także czasowe uodpornienie gruczołu: mimo tego wyjątkowo spotykano po wspomnianem leczeniu powtórne zakażenie gruczołu. Sposób postępowania jest prosty. Asystent ustala część skóry leżącą dookoła schorzałego gruczołu i napina ją, operator wstrzykuje po 2—3 ccm krwi powyżej i poniżej przewodu gruczołu podskórnie. Igłę wkłuwa się prostopadle do skóry, zwraca się następnie ku gruczołowi, aż się go końcem igły wyczuje i wypróżnia się zawartość strzykawki. Dla uniknięcia skrzepnięcia krwi można do strzykawki dodać 1—2 ccm 22% Sol. Natr. citrici przed pobraniem krwi z żyły. Tą metodą otrzymuje autor 100% wyniki dodatnie.

Przypadek nasz dotyczył chorej M. G. l. 21. Lp. 340g/27, która zgłosiła się do lecznicy 10. XI. 27, skarżyła się na obrzęk i ból w okolicy wargi mniejszej, pieczenie przy oddawaniu moczu i wyciek. Pierwsza miesiączka w 15 r. życia, później co 4 tygodnie regularnie. Nie rodziła, nie roniła. Badaniem ginekologicznem stwierdza się na prawej wardze sromowej małej w okolicy gruczołu B. znaczny obrzęk wielkości śliwki, przechodzący na wargę wielką, miękki, chełboczący, bardzo bolesny, skóra nad nim jest zaczerwieniona. Macica i przydatki są bez zmian. Rozpoznano zapalenie ropne gruczołu Bartholiniego. Badanie wydzieliny: wydzielina cewki mierna, śluzowo ropna. W preparatach barwionych według Gramma miernie liczne nabłonki i leukocyty. Liczne gramododatnie ziarniaki, nieliczne gramo ujemne dwoinki typu Neissera, rozpoznane jako dwoinki rzeżączki. Wydzielina macicy mierna, ropno śluzowa, zawiera liczne leukocyty, miernie liczne nabłonki. Liczne rozmaite ziarniaki i laseczniki, nieliczne gramoujemne dwoinki typu Neissera, otrzymane w hodowli. Wydzielina gruczołu Bartholiniego

obfita, ropiasto krwawa, zawiera liczne leukocyty, rozpadłe komórki, pojedyńcze nabłonki, liczne laseczniki i ziarniaki, nieliczne gramoujemne dwoinki typu Neissera (rzeżączki).

Zachęceni pomyślnemi wynikami Hübnera zastosowaliśmy, w myśl wskazówek powyższych autohemoterapję, wstrzykując 11. XI. w okolicę gruczołu 8 ccm krwi. Dnia 12. XI. obrzęk się znacznie zmniejszył. Dnia 15. XI. obrzęk ustąpił zupełnie. Chora opuszcza lecznicę. Badanie wydzieliny cewki i macicy w III dniu j. w., badanie wydzieliny gruczołu B. wykazał brak dwoinek Neissera i leukocytów, jedynie obecność przybłonków.

Chora pozostaje obecnie w leczeniu otrzymując wstrzykiwania wzrastających od 0,25/100—2/100 roztw. albarginy, tampony protargolowo-thigenolowe i wstrzykiwania genowaku.

Dr. Stanisław ROMAN, sekundarjusz oddziału. Kraków.

O działaniu Cibalginy.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I B.) Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
Prymarjusz: Dr. Antoni Krokiewicz.

W celu zwalczenia bólów najrozmaitsze środki lekarskie, zalecane w ostatnich czasach, nie zawsze dawały dobre wyniki i trzeba było powracać do dawnego leczenia za pomocą morfiny, który to środek wraz z pochodnemi makowca stanowi dotychczas skuteczną broń w ręku lekarza we wszystkich stanach ostrych, połączonych z bólami, jakoteż i w przypadkach beznadziejnych, w których niebezpieczeństwo morfinizmu nie odgrywa bardzo wielkiej roli.

Ujemne strony, t. j. uboczne działanie tego środka na ośrodki oddechania i krążenia, jak również i szkodliwe następstwa przy stosowaniu morfiny, gdyż euforja, powstająca jednocześnie z ulżeniem bólu, stanowi pobudkę do nadużycia tego środka nawet po zwalczeniu cierpienia, skłoniły do szukania środka zastępczego, który byłby pozbawiony szkodliwych skutków działania morfiny.

Myśl zastąpienia morfiny wywoływała przeto zdawna zrozumiałe zainteresowanie zarówno u klinicystów jak i chemików, a obecny postęp techniczny pozwolił na stworzenie całego szeregu preparatów i liczba ich zwiększa się z roku na rok.

Z całego szeregu tych leków uśmierzających, wprowadzonych do lecznictwa ogłoszono w ostatnich czasach stosunkowo dużą ilość spostrzeżeń i uwag o działaniu cibalginy.

Cibalgina wprowadzona została w obieg przez znaną z wyrobu i innych niemniej cennych preparatów lekarskich fabrykę „Towarzystwo Przemysłu Chemicznego w Bazylei Ciba" (oddział w Pabjanicach) w postaci kołaczyków i płynu w kroplach i ampułkach do zastrzyków podskórnych, wśródmięśniowych i dożylnych.

Cibalgina jest połączeniem chemicznem pyramidonu z dialem (di Ethylo-amino-phenyl-dimethyl-pyrazolono-dial.), które oddawna znane są w praktyce lekarskiej i cieszą się szerokiem uznaniem.

(1 kołaczyk zawiera 0,25 cibalginy, 1 ccm płynu — 0,25 cibalginy, wreszcie 1 ampułka zawiera 0.5 g cibalginy).

0,25 cibalginy zawiera 0,22 pyramidonu i 0,03 dialu.

W połączeniu tem wykorzystano szczęśliwie własności leków z grupy antipyriny, które oprócz działania na ośrodki regulujące ciepłotę ciała, posiadają działanie znieczulające na ośrodki bólu w korze mózgowej, podobnie jak i morfina.

Jako drugą część składową użyto dial (t. j. kwas dwuallilobarbiturowy środek znany w tej samej mierze co i weronal), który okazał się skuteczny w wielu przypadkach jako środek nasenny i uspokajający, a przy którym nie zauważono ubocznych objawów działania jak przy weronalu.

Zespół małych dawek pyramidonu z dawkami dialu, które same przez się zaledwie słabe okazują działanie, prowadzi do wzmożenia działania znieczulającego, a rozpuszczalność w wodzie daje możność stosowania tego środka nie tylko doustnie ale i w postaci wstrzykiwań wraz z jednoczesnem działaniem szybko występującem i długo trwającem.

Korzystne działanie cibalginy, jakie przedstawia ten lek z punktu widzenia teoretycznego, jak i pochlebne oceny co do działania tegoż, przeprowadzone na oddziałach klinicznych i szpitalnych zarówno za granicą jak i u nas w Polsce, skłoniły nas do podjęcia doświadczeń w chorobach wewnętrznych na oddziele I B. Szpitala św. Łazarza (Prymarjusz Dr. A. Krokiewicz) w przypadkach, w którym chodziło o obniżenie wrażliwości bólów, wykorzystując różnorodny i obfity materjał chorobowy, użyczony z całą gotowością wraz z cennemi wskazówkami przez p. Prymarjusza Dra Krokiewicza.

Stosowano cibalginę w przeszło 50-ciu przypadkach przeciwko bólom rozmaitego pochodzenia t. j. nerwobólom, bólom głowy, rwie kulszowej, przy gośćcu stawowym, gruźlicy płuc i opłucnej, jak również w przypadkach ciężkich u chorych ze zmianami nowotworowemi różnego pochodzenia.

Skuteczność cibalginy jako środka kojącego i uspokajającego potwierdzona została na poprzednio przytoczonych przypadkach, przyczem, zależnie od przypadku, po podaniu kołaczyków 1—2 razy dziennie, lub po stosowaniu w płynie (30 kropli 2—3 razy dziennie), lub przy zastosowaniu podskórnem następowało znaczne obniżenie wrażliwości bólowej. Doraźniejsze działanie było po podaniu cibalginy w postaci zastrzykiwań i w kroplach; większe dawki wywoływały sen. Działanie występowało przeciętnie w 1/2 godziny i trwało około 6 do 9-ciu godzin. Należy podnieść, że cibalgina stosowana w postaci zastrzyków podskórnych była bardzo dobrze znoszona miejscowo i nigdy nie wywoływała jakichkolwiek niepożądanych objawów ubocznych t. j. nie spostrzegano nudności i wymiotów jak również nie można było zauważyć ani zaburzeń w układzie oddechowym, krążenia i przewodzie pokarmowym. Za stosowaniem cibalginy przemawia również i ta okoliczność, iż po dłuższym czasie jej używania nie zauważono ani skłonności do przyzwyczajenia, ani też innych następstw.

Spostrzeżenia nasze dotyczą głównie stosowania cibalginy w przypadkach nowotworów złośliwych, gdzie wynik nieraz okazał się wprost znakomity (25 przypadków).

W przeważnej części dotyczyło to chorych z rakami żołądka w przypadkach daleko posuniętych, nie nadających się do operacji.

Wszystkie przypadki poddane były oględzinom pośmiertnym w Zakładzie Anatomji Patologicznej U. J.

W bardzo nielicznych przypadkach, jak w przebiegu mięsaka raka wychodzącego z trzustki, ziarnicy złośliwej z przerzutami, działanie cibalginy nie było skuteczne, ale i w tych przypadkach wystarczała z początku sama cibalgina i dopiero później trzeba było oprócz tego uciec się do podawania przetworów makowca (morphium, pantopon) jednak w tych przypadkach i inne znieczulające środki nawet w dość wysokich dawkach nie odnosiły pożądanego skutku. Również podobne działanie było w przypadku uporczywej migreny — gdzie cibalgina wpłynęła tylko na zmniejszenie bólu, a nie zniosła go całkowicie.

Na podstawie spostrzeżenia klinicznego przyszliśmy do przekonania że w cibalginie przybywa dzielny środek kojący, który nie wywołuje żadnych ubocznych przypadków nawet przy dłuższem stosowaniu; zwłaszcza korzystny wpływ wywiera cibalgina zastosowana jako środek uśmierzający bóle w przebiegu nowotworów złośliwych, gdzie pozostając bez wpływu na cierpienie zasadnicze okazuje dobroczynne działanie usuwając dotkliwe objawy bólu.

Ludwik WIŚNIEWSKI. Jadów (Woj. warsz.).

Przypadek potworności stopy.

W związku z artykułem dra Tuerschmida z N. Targu i prof. Bujwida z Krakowa o niezwykłej potworności stopy, pozwolę sobie podać do wiadomości ogółu lekarskiego i swój przypadek, dotyczący tej samej sprawy.

Siedemnaście lat temu przywieziono do mnie kilkumiesięczną dziewczynkę z wrodzonem kalectwem lewej stopy, polegającem na bardzo znacznem powiększeniu (zgrubieniu) przedniej jej połowy, a szczególnie 2, 3 i 4 palca. Rodzice zażądali odjęcia tych palców. Uważając to żądanie za zupełnie słuszne, dokonałem ich wyłuszczenia.

Po zagojeniu się rany operacyjnej, małą chorą straciłem z oczu i o losie jej nic już nie wiedziałem. Aż tu na początku października u r. ponownie się zgłosiła, prosząc, abym wykonał jeszcze jaki zabieg chirurgiczny, któryby wogóle zmniejszył przednią połowę lewej stopy. Różnica bowiem pomiędzy bucikiem prawym i lewym jest tak uderzająca, że chora ma z tego powodu dużo przykrości, będąc narażoną na wyśmiewanie się ze strony kolegów i koleżanek.

Przy oględzinach stwierdziłem, że na grzbiecie omawianej lewej stopy nagromadziła się znaczna ilość tkanki tłuszczowej podskórnej w kształcie poduszeczki, co czyniło wrażenie lipomatu o niezbyt wyraźnych konturach. Wobec tego, widząc możliwość wykonania rękoczynu kosmetycznego, nadmiar podściółki tłuszczowej wyciąłem, dzięki czemu, ku wielkiemu zadowoleniu chorej, stopa znacznie się zmniejszyła.

Rana już się zabliźniła.

Dr. N. GRYNBERG. Stołpce.

Przypadek hernia interna incarcerata.

Ze szpitala powiatowego w Stołpcach.
Dyrektor: Dr. Grynberg.

Z anatomji wiemy, że w jamie brzusznej mamy kilka miejsc, które mają być wrotami, do których mogą dostać się wnętrzności i tam zostać uwięzgniętemi, w rezultacie czego powstają przepukliny wewnętrzne uwięzgnięte. Do takich miejsc należą: *foramen Winslowii, 2) recessus duodeno-jejunalis, 3) recessus ileo-coecalis superior, 4) recessus ileo-coecalis inferior, 5) recessus retrocoecalis, 6) recessus intersigmoideus.* Pracując w swoim czasie w zakładzie anatomji opisowej, mogłem stwierdzić obecność zachyłków w 60% badanych zwłok na dość licznym materjale: mimo to powstanie, ewent. uwięzgnięcie t. zw. *hernia interna* należy do wielkich rzadkości. Prof. Kostic opisując w Zentralblatt f. Chirurgie (Nr. 16 za r. 1927) przypadek pod tyt. „*Hernia intersigmoidea incarcerata*", podaje że w całem światowem piśmiennictwie mógł naliczyć zaledwie 13 podobnych przypadków. W podręcznikach chirurgji klinicznej, jak Lesera, Bergmana i Brunsa, Sultana i in., znajdujemy tylko krótkie wzmianki o przepuklinach wewnętrznych i jednocześnie autorowie podają, że żaden chirurg, nawet bardzo doświadczony, nie może szczycić się, że widział dużo takich przypadków i że ma wprawę pod tym względem. Etjologja, jak również i mechanizm powstania wyżej wymienionych przepuklin zostaje zupełnie ciemną, chociaż różni autorowie (Toldt, Cenge-f. Manteufel) starali się tłómaczyć powstanie ich różnemi przyczynami, jak długość kreski, niedostateczne sklejanie kreski z tylnem *peritoneum* i t. d. Wobec powyższego pozwalam sobie podać do wiadomości kolegów przypadek, obserwowany i operowany w szpitalu powiatowym w Stołpcach.

Dnia 30. IX. 1927 przywieziono do szpitala chorego lat 20, który podaje, że zachorował 3 dni temu, kiedy to dostał gwałtownych bólów w brzuchu oraz silnych wymiotów. Od tego czasu nie miał stolca, jak również nie odchodzą wiatry. Podług opowiadań chorego, był przedtem zupełnie zdrów i nigdy nie miał żadnych dolegliwości w jamie brzusznej. T° od początku choroby ani razu nie podnosiła się wyżej normy.

St. praesens. Chory średniego wzrostu, odżywienia miernego. Rysy twarzy nieco zaostrzone, język obłożony. Tętno 108, miarowe, dobrego napięcia. T° 36,3. Oddech 24 na minutę, przeważnie typu żebrowego. Ze strony narządów klatki piersiowej nic nienormalnego nie stwierdza się. Przy badaniu brzucha rzuca się w oczy nieznaczne wzdęcie całego brzucha oraz wyraźne asymetryczne wypuklenie ścianki brzusznej, idące od prawego talerza biodrowego ku linji środkowej i ku dołkowi podsercowemu. Wypuk nad tem wypukleniem nisko bębenkowy, miejscami, bliżej talerza, nieznaczne przytłumienie. Przy obmacywaniu wyżej wymienionej wyniosłości chory narzeka na bolesność, tamże stwierdza się nieznaczny *defense musculaire.* Przy auskultacji żadnych szmerów jelitowych nie wysłuchuje się.

Badanie *per rectum* nie daje nic szczególnego; pęcherz moczowy próżny. Biorąc pod uwagę umiejscowienie wypuklenia, myśleliśmy z początku, czy nie mamy do czynienia z ostrym atakiem *apendicitis,* lecz przeciwko temu przemawiał brak t° od początku choroby jak również badanie krwi, przedsięwzięte zaraz po wstąpieniu chorego nie wykazało żadnej hyperleukocytozy — objawu, patognomicznego dla ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Badanie moczu nie wykazało nic patologicznego, za wyjątkiem bardzo wyraźnej reakcji na indykan. Wobec stosunkowo dobrego stanu chorego zdecydowano spróbować zastosować wysoką lawatywę z *O. Olivarum,* poczem odeszło nieco gazów i płynnego kału; chory poczuł pewną ulgę. Nazajutrz stan chorego pogorszył się. Chory podaje, że ma nudności i że ból w brzuchu coraz więcej wzmaga się. Rysy twarzy wiecej zaostrzone, tętno 120, miarowe, t° 36,9; brzuch równomiernie wzdęty, widać stawianie się jelit. Biorąc pod uwagę gwałtowny początek, wczesne wymioty oraz stosunkowo nieznaczne wzdęcie brzucha, przypuściliśmy, że mamy do czynienia z niedrożnością jelit cienkich, i z takiem rozpoznaniem przystąpiono do operacji 1. X. W narkozie eterowej rozwarto jamę brzuszna w linji środkowej. Z jamy brzusznej wylała się nieduża ilość płynu surowiczo-krwawego bez zapachu. Badając jelita zauważyliśmy, że wszystkie jelita cienkie są wzdęte, mają kolor ciemno-krwisty; natomiast jelita grube mają normalny wygląd. Wycisnąć zawartości jelit cienkich do światła grubych nie udaje się. Badając stopniowo jelita cienkie doszliśmy wreszcie do dolnego odcinka *ileum* i tu właśnie zauważono pętlę jelita cienkiego, która gdzieś gubi się z tyłu od *coecum,* gdzie ona jest przymocowana i skąd nie można jej wydobyć. Po długich wysiłkach, częściowo na tępo, częściowo ostrożnemi nacięciami pod kontrolą palca udało się nareszcie zwolnić uwięzgniętą pętlę, która była skręcona o 360° i kolor miała ciemniejszy od reszty jelit; kreska jej była silnie nastrzyknięta i miejscami na niej daje się zauważyć nieznaczne wybroczyny. Po przepłukaniu wymienionej pętli, kolor jej zrobił się jaśniejszy; ostrożnem uniesieniem udało się przeprowadzić zawartość jej do grubych kiszek. Teraz przystąpiono do badania otworu, przez które jelita dostały się. Okazało się, że wejście tego otworu leży z tyłu od *coecum* pomiędzy *mesenteriolum* i przednią ścianką *ileum;* do tego otworu swobodnie wchodzi palec wskazujący czyli inaczej mówiąc mieliśmy przed sobą *hernia ileo-coecalis inferior.*

Ponieważ otwór nic nie zawierał zaszyto go na głucho. Jama brzuszna przepłukana obficie fizjologicznym rozczynem i zeszyta na głucho. Przebieg pooperacyjny w pierwszych czterech dniach był bardzo pomyślny; tętno 80, dobrego napięcia, t° wahała się pomiędzy 37 i 37,5, brzuch miękki i niebolesny, chory miewał stolec i odchodziły gazy. Wieczorem czwartego dnia t° podniosła się do 39°, chory narzeka na ból w prawej połowie klatki piersiowej oraz na silny kaszel. Badanie narządów klatki piersiowej wykazało stłumienie w okolicy górnego płatu prawego płuca i takiż oddech typu oskrzelowego. Na drugi dzień stłumienie posunęło się jeszcze dalej, i odpowiednio do stłumienia wysłuchuje się obok oskrzelowego-oddechu moc rzężeń drobnobańkowych; mieliśmy przed sobą kliniczny obraz pneumonji pooperacyjnej — choroby, która jest takiem nie miłem powikłaniem po zabiegach w jamie brzusznej. Mimo podawania obfitej ilości *cardiaca,* autohaemoterapji, leczenia eterem po Bieru, chory zmarł w 8 dni po operacji przy objawach ciągle wzrastającej niedomogi serca.

Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na to, że 1) rozpoznanie *herniae internae* za życia, ewent. przed operacją jest rzeczą prawie nie możebną, gdyż nie daje żadnych specjalnych symptomów, charakterystycznych dla tej choroby, 2) uwięzgnięcie jelit w naszym przypadku nastąpiło widocznie nie odrazu — prawdopodobnie mieliśmy na początku nie pełny skręt, jak to my nierzadko widzimy przy skrętach esicy; skręt o 360° nastąpił po pewnym czasie.

WYKŁADY I ODCZYTY.

Dr. BLASSBERG (Kraków) i COHEN (Londyn).

O wykonywaniu masażu przez ślepych.

(Podług wykładu wygłoszonego w Krakowskiem Towarzystwie Lekarskiem w dniu 14 grudnia 1927 r.

Masaż należy do zabiegów leczniczych zazwyczaj nie wykonywanych przez samych lekarzy aczkolwiek bardzo często zalecanych. Wobec tego dozór nad tym zabiegiem i jego wykonawcami powinni lekarze sprawować zarówno z myślą o chorych jakoteż z myślą o sobie a to w tym celu, aby właściwie stosowany przynosił leczonym korzyść w tym stopniu, który odpowiada zamierzeniom lekarza. Poza Skandynawią, Danją, Japonją i Anglją nie posiadają inne kraje dobrej krajowej państwowej organizacji masażystów, któraby pozostawała pod kierunkiem lekarskim i podlegała fachowej kontroli lekarzy. Istnieją liczne małe szkoły i zrzeszenia masażystów, które mają swoje własne urządzenia, stopnie i metody oraz wydają dyplomy. Istnieja różne liczne szkoły prywatne masażu a nadto we wielu klinikach i szpitalach lekarze uczą masażu. Oczywiście każdy uważa swoją metodę za najlepszą. A lekarze ordynujący i pacjenci w wyborze masażystów obracać się muszą pomiędzy trybami rozmaitych kół. Jedynie Anglja ma w tym kierunku zupełnie uporządkowane stosunki przez to, że stworzyła dwa zmonopolizowane zrzeszenia masażystów pod egidą Rządu i Brytyjskiego Związku lekarzy. Nazwy ich są. 1) Chartered Society of Massage and Medical Gymnastics (C. S. M. M. G.) i 2) Association of certificated Blind Masseurs (A. C. B. M.). Zrzeszenia te cieszą się ogólnem uznaniem a Chartered Society liczy przeszło 7000 członków, wśród których jest przeszło 200 ślepych.

Lecz zwróćmy się do naszego właściwego tematu t. j. do wykonywania masażu przez ślepych. Zatrudnienie ślepych masażem (oczywiście przy odpowiedniej dobrej organizacji) rozwiązuje równocześnie dwie sprawy. Z jednej strony wielokrotnie stwierdzono, że u ślepych zmysł czucia i dotyku jest bardzo wyczulony. Są oni najzdolniejszymi masażystami. Dzisiejszy prąd nowoczesny psychotechniczny, dążący do wyzyskania i zastosowania indywidualnych zdolności i kwalifikacyj we wszystkich dziedzinach pracy ludzkiej znajduje tutaj odpowiednie pole pracy. Ślepi stanowią dla lekarzy i dla chorych najlepsze narzędzie wykonania leczenia fizykalnego. Z drugiej strony rozwiązuje się przez to inną doniosłą sprawę. Albowiem ślepi, to ludzie nieszczęśliwi, u których niezawiniona zazwyczaj choroba odbiera im nie tylko możność

K O M U N I K A T

Kurs dokształcający dla lekarzy publicznej Służby Zdrowia, zorganizowany przez Zarząd Miasta Lwowa.

W porozumieniu z Ministerstwem Spraw Wewn. Depart.V. Służby Zdrowia, rozpocznie się dnia 11.kwietnia b.r. we Lwowie przy Miejskim Urzędzie Zdrowia dokształcający kurs dla lekarzy publicznej Służby Zdrowia, głównie dla lekarzy samorządowych, miejskich i lekarzy działaczy społecznych. Kurs trwać będzie miesiąc, a program jego jest następujący:

1/. Znajomość ustawy Konstytucyjnej i przepisów o Państwowej Służbie cywilnej - Pan Naczelnik Wydziału Administracji Wojew.lwowskiego Mikołaj Kwaśniewski,

2/ Administracja sanitarna i sanitarne ustawodastwo polskie p.Dyrektor Woj.Urzędu Zdr. Dr.Szczepan Mikołajski i Inspektorowie sanitarni p.p.Dr.Adolf Kuhn i Dr.Władysław Szaynowski,

3/ Bakterjologja, nauka o odporności, serologja i szczepienia P.Dyrektor Filji Państw. Zakł.Hig. Docent Dr.Napoleon Gąsiorowski, Dr.Edmund Mikulaszek i Prymarjusz Dr.Witold Lipiński,

4/ Badanie wody, usuwanie nieczystości, metody dezinfekcji i dezinsekcji, eubiotyka, P.Profesor U.J.K. Dr.Zdzisław Steusing.

5/ Chemja w zastosowaniu do zdrowia publicznego - P.Prof.U.J.K. Dr.Jakób Parnas, lub Jego Zastępca,

6/ O nowych metodach rozpoznawania chorób zakaźnych i badaniach chemiczno-bakterjologicznych przy łóżku chorego - P.Prymarjusz szpitala Dr. Witold Lipiński.

O ile w kursie wzięliby liczny udział PP.lekarze okręgowi, powiatowi i miejscy z prowincji i wyrazili swoje życzenie, doda się przy Katedrze Medycyny sądowej U.J.K. kurs traktujący o zastosowaniu najnowszych zdobyczy medycyny w Medycynie sądowej i Psychopatologji sądowej.

Prelegenci Państwowej Szkoły w Warszawie przyrzekli swój współudział i wykładać będą:

1/ fizjologję i higienę pracy - P.Dr.Bruno Nowakowski,
2/ epidemjologję i statystykę - P.Dr.Marcin Kacprzak,
3/ inżynierję sanitarną - Inż. Aleksander Szniolis.

Sprawa Prelegenta z zakresu higjeny społecznej nie jest jeszcze ustalona, gdyż pan Minister Chodźko wyjeżdża na kwiecień do Genewy i nie mógł dotychczas dać wiążącej odpowiedzi.

Kurs jest przeznaczony w zasadzie dla lekarzy samorządowych i tych, do których dotychczas nie mają zastosowania przepisy rozporządzenia Rady Ministrów z 16.I.1925./Dz.U. R.P. Nr.19 poz.139/, a więc dla lekarzy starszych okręgowych i miejskich, choć korzystać zeń mogą wszyscy obecni i przyszli działacze sanitarni-społeczni, młodsi i starsi lekarze. Organizatorzy Kursu pragną lekarzom tym ułatwić zaznajomienie się z najnowszemi zdobyczami higjeny publicznej i z nowem ustawodawstwem sanitarnem polskiem w czasie krótkim i nie zbyt daleko od ich miejsc zamieszkania.

Uczestnicy Kursu otrzymają poświadczenie z odbycia Kursu bez zdawania specjalnego egzaminu, świadectwa te jednak nie będą miały takiej ważności i nie dadzą takich prerogatyw, jak po odbyciu 6-cio miesięcznego Kursu w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie.

Wkładkę na Kurs oznaczono na 30 Zł., którą należy wraz z zgłoszeniem przesłać do Kierownictwa Miejskiego Urzędu Zdrowia we Lwowie plac Dąbrowskiego 3. I.p. tam też można otrzymać wszelkie informacje w sprawie uzyskania taniego pomieszkania we Lwowie i innych świadczeń rzeczowych ze strony Zarządu Miasta.

Przy tem zaznacza się, że organizatorzy kursu zwrócili się do Tymczasowego Wydziału Samorządowego w Likwidacji z prośbą o ułatwienie lekarzom samorządowym korzystania z kursu przez udzielenie subwencji ze strony Wydziałów Powiatowych. Prośba nasza została uwzględniona.

P.P. Prelegenci Profesorowie Uniwersytetu i Kierownik oddziału zakaźnego Szpitala powsz. przyrzekli swobodę skorzystania z laboratorjów pracowni i materjału szpitalnego, co będzie zapewne również zachętą do odbycia kursu.

Organizatorzy kursu spodziewają się, że P.P. Lekarze okręgowi, w których zakres działania wchodzi walka z chorobami zakaźnemi, społecznemi, zawodowemi w pierwszym rzędzie, zechcą zapoznać się z nowemi metodami pracy i wykorzystać ostatnie zdobycze szybkiego ustalania djagnozy, wydawania odpowiednich zarządzeń i zastosowania racjonalnej profilaktyki.

Szczegółowy program i rozdział godzin otrzymają uczestnicy kursu za zgłoszeniem się w Miejskim Urzędzie Zdrowia we Lwowie.

wchłaniania w siebie piękna zewnętrznego, lecz nadto gasi radość życia, wywołując u osobników często zdolnych, czynnych i inteligentnych przymusową bezczynność, a nieraz stają się oni nieproduktywnym ciężarem ekonomicznym dla swojej rodziny i społeczeństwa, przy własnem uczuciu bezwiny i bezsilności wobec katastrofy, jaka ich dotknęła. Przez odpowiednie wykształcenie fachowe ślepych na masażystów możnaby wielu z nich przywrócić radość życia i samopoczucie pożyteczności, lekarzom i pacjentom dać dobry instrument leczniczy a społeczeństwu zmniejszyć ciężar finansowy i odebrać moralne odium przechodzenia do porządku dziennego nad niezawinionem a bardzo bolesnem cierpieniem ludzkiem.

Sprawę tę właściwie w zupełności rozwiązała dotychczas Anglja, której organizacją w tym kierunku bliżej się zajmiemy. Co się tyczy Japonji to, jak wiadomo, w kraju tym masaż, jako zawód, jest zarezerwowany dla ślepych, lecz i tam nauczanie nie jest jednolite w całym kraju i warunki i stopnie wykształcenia są nierównomierne. W ostatnich latach także Japończycy zwracają się do Europy, aby badać metody, stosowane na zachodzie i znachodzą tylko w Anglji organizacje ślepych masażystów, stojącą na wysokim poziomie i jednolicie obejmującą cały kraj.

Podług informacyj uzyskanych przez nas wprost z Japonji od Dra Hideo Yagi z Kioto, za które mu na tem miejscu dziękujemy, ślepi w pierwszym rzędzie trudnią się nauczaniem japońskiej muzyki t. zw. „koto“ i „szamisem“ t. j. japońskiej domowej popularnej muzyki, grywanej powszechnie przez dziewczęta. Tylko ci, którzy są niezdolni do nauczenia się muzyki lub niemuzykalni stają się masażystami. Masażu naucza się albo w szkole, albo jest on nauczany przez masażystów, uprawiających prywatnie ten zawód. W dużych miastach istnieją szkoły, w których się ślepych uczy systematycznie masażu. Często prywatni masażyści najmują sobie służącego, który mieszka wspólnie ze swoim panem, obsługuje go i równocześnie uczy się masażu. Masażyści odwiedzają zazwyczaj swoich klientów odprowadzani a tylko przy niewielkich odległościach idą bez towarzysza tylko o kiju. Często chodzą wieczorami po ulicach wygrywając na flecie. Ten flet jest charakterystycznym dla ślepych masażystów i jest ludowi znanym jako smętna melodja, wywołująca współczucie. Zapłata jest niska i nie wystarczająca na utrzymanie się przy życiu.

Co się tyczy innych krajów europejskich, to stosunki przedstawiają się następująco:

W Polsce dotychczas nie podjęto ani zrobiono niczego. Również w krajach bałkańskich stosunki są opłakane. We Włoszech dopiero od 2—3 lat zaczęto ociemniałych na wojnie zajmować masażem. We Francji istnieje szkoła dla ślepych masażystów, lecz nie pozostaje pod nadzorem władz i dlatego bardzo traci na swej działalności. W Niemczech sprawa jest nieco lepiej postawiona, lecz także bez współpracy czynników oficjalnych. W Norwegji są tylko dwaj ślepi masażyści, w Szwecji jest ich około czternastu. W Danji jest ich więcej, lecz prawie połowa lekarzy odnosi się nieżyczliwie do ślepych. W Finlandji jest wielu ślepych masażystów i masażystek, lecz pośród nich znajduje się wielu widzących, którzy zajmują się masażem bez poprzedniej nauki lub o bardzo niedostatecznem wykształceniu i przez to pogarszają sprawę dla ślepych. Rosja sowiecka w czasach najnowszych zajęła się tą sprawą a prezydjum rosyjskiej federacji ślepych zwróciło się do delegata związków angielskich z zaproszeniem do organizacji ogólno - krajowego związku ślepych masażystów.

Jak wspomnieliśmy, poza Japonją jedynie w Anglji istnieje wzorowa organizacja pod kontrolą państwa i Brytyjskiego Związku Lekarskiego która rozwiązuje trzy zasadnicze momenty tej kwestji, a mianowicie: 1) Którzy ślepi nadają się na masażystów; 2) Czego mają się uczyć i jakie ma być kryterjum ich wykształcenia; 3) W jaki sposób mają być potem zatrudnieni.

Już na szereg lat przed wojną Dr. Fletcher Little rozpoczął nauczanie i przysposabianie zdolnych ślepców do masażu i podnosił umiejętność i wartość oraz skuteczność pracy ślepych masażystów, lecz lekarze na ogół obawiali się posługiwać ślepymi. Dopiero z nadejściem wojny, kiedy rozpoczął się wzmożony popyt na siły pomocniczo - lekarskie zaczęto obok masażystów widzących zatrudniać także ślepych. W ten sposób uzyskano rezultaty porównawcze, które w sposób dobitny przemówiły na korzyść ślepych. Nie było w tem zjawisku nic dziwnego, bo nie tylko ich zmysł dotyku był czulszy niż u widzących, lecz ponadto byli oni przeważnie lepiej wykształceni aniżeli widzący i bardziej koncentrowali w swej pracy swoje siły umysłowe i fizyczne. W ten sposób akcje ślepych masażystów poszły w górę, zwłaszcza gdy w roku 1917-tym lekarz naczelny jednego z największych szpitali wojskowych w Anglji oświadczył, że praca jednego ślepego masażysty jest więcej warta niż pięciu widzących. Oczywiście, że wywołało to konkurencyjną zazdrość i powstawanie nieprzyjaznych wpływów postronnych a w następstwie tego zorganizowano w roku 1927-tym odrębny związek ślepych masażystów pod nazwą: Associacion of Certificated Blind Masseurs (Incorporated). Wyłonił się komitet organizacyjny, składający się z najwybitniejszych ślepych masażystów, z dziennikarzy i finansistów, przy stałym udziale lekarzy — którzy wypracowali regulamin i zorganizowali związek ślepych, którego szkoła masażu należała do najlepszych w kraju. Oczywiście przeciwnicy wytaczali najrozmaitsze zarzuty, jak np. że zachodzi niebezpieczeństwo przy używaniu przyrządów elektrycznych przez ślepych, że nie potrafią przeprowadzić leczniczych ćwiczeń z chorymi i że nie potrafią pracować sami. Na żądanie zrzeszenia ślepych angielskie ministerstwo szczegółowo zbadało te sprawy i stwierdziło bezpodstawność powyższych obaw. Co więcej, na konkursie egzaminacyjnym, w którym współzawodniczyło 300 uczniów widzących, wybił się na pierwszy plan ślepy masażysta, zdobywając 98 % punktów, które to liczby punktów nikt przed nim ani dotychczas i po nim nie zdobył, oraz ślepa masażystka, zdobywając 65 % punktów. Nadto okazało się, że w wojskowym szpitalu neurologicznym Sprigfield War Hospital, Upper Tooting, w Londynie do roku 1920 ślepiec był naczelnym masażystą i że współpracowało z nim pięciu ślepych masażystów i że lekarze zatrudniali wyłącznie ślepych, którzy mieli swoje prywatne zakłady dla masażu.

Zakłady zrzeszenia ślepych masażystów mieszczą się w Londynie w olbrzymim pięknym gmachu Narodowego Instytutu dla ślepych. Sekretarką zrzeszenia jest osoba widząca. Zrzeszenie to liczy 200 członków, nie licząc uczniów, którzy dopiero po uzyskaniu dyplomu mogą się stać członkami zrzeszenia. Regulamin zrzeszenia jest bardzo surowo przestrzegany. Prezydentem jest obecnie najsławniejszy angielski ortopedysta Sir Robert Jones. Bibljotekarzem również ortopedysta Jenner Verrel. Obaj z królewskiego Kolegjum chirurgów. Również wiceprezesami są najwybitniejsi angielscy lekarze. Uczniowie muszą być inteligentni, zdrowi, mieć dobry wygląd i charakter. Bywa ich stale około dziesięciu w szkole masażu. Nauka trwa od 18 miesięcy do 2 lat. Nauczycielem elektroterapji ślepych jest Dr. Murray Levick, naczelny lekarz elektroterapeuta Szpitala Św. Tomasza w Londynie. Naczelnym nauczycielem masażu jest Percy Way, ślepy, najwybitniejszy masażysta w Anglji. Uważane tam jest za rzecz ważną, aby nauczyciel masażu był ślepy całkiem lub częściowo, bo w ten sposób powstaje ścisły kontakt i zrozumienie pomiędzy uczniem a nauczycielem. Reszta ciała profesorskiego składa się z lekarzy. Szkoła rozporządza wszystkiemi przyborami i przyrządami potrzebnemi do nauki masażu, a w szczególności wypukłemi djagramami. Pozatem są tam szkielety złożone i poszczególne kości oraz najdrobniejsze modele składowych części ciała ludzkiego. Z początku stanowią sami uczniowie i nauczyciele żywe modele a dopiero po kilkunastu miesiącach nauki udają się do szpitali, gdzie pracują na chorych pod kontrolą lekarzy. Bibljoteka mieści się w obszernej sali i zawiera przeszło 100 książek, drukowanych wypukle. Księgi te obejmują anatomję, fizjologję, patologję, psychologję, nauke o elektryczności, embrjologję i położnictwo. Oprócz tego jest tam miesięcznik o masażu, drukowany pismem wypukłem, którego współpracownikami są najwybitniejsi angielscy profesorowie uniwersyteccy. Oto tytuły niektórych prac w nich drukowanych: 1) Działanie promieni ultrafioletowych; 2) Kilka słów o skrzywieniach kręgosłupa; 3) O podnietach i podrażnieniach; 4) Masaż i ćwiczenia podczas połogu; 5) O leczeniu chorych z wysokiem parciem krwi i t. p.

Program studjów obejmuje: masaż teoretyczny i praktyczny, całą anatomję, fizjologję, patologję, zasady psychologji, elementarną chemję, elektroterapię praktyczną i teoretyczną, leczenie gimnastyczne teoretyczne i praktyczne, a nadto naukę kliniczną o tętnie, ciepłocie, parciu krwi, opatrunkach, zakładaniu szyn, o okładach i t. p. Przez pierwszych 6 miesiecy nie wolno uczniom ćwiczyć się w masażu na chorych. Okres ten poświęcony jest w całości nauce anatomji i fizjologji a uczniowie i nauczyciele (jak wspomnieliśmy) sami są żywymi modelami dla nauki. Przez następnych 6 miesięcy dodaną jest patologja i masaż praktyczny oraz działanie jego w różnych chorobach jak po złamaniach kości i tp. W ostatnich 6 miesiącach przychodzi na porządek dzienny chemja elementarna, elektroterapja, specjalna gimnastyka lecznicza i fundamentalne zasady psychologji. W tym ostatnim czasokresie sześciomiesięcznym wolno uczniom ćwiczyć się w różnych publicznych klinikach i szpitalach pod kierunkiem i kontrolą kwalifikowanych lekarzy.

Po ukończeniu studjów 18-miesięcznych odbywa się egzamin. Egzamin, któremu podlegają ślepi jest takisam, jak ten, który zdają widzący. Egzamin ten trwa przez 3 dni, z których jeden przeznaczony jest głównie dla elektroterapji a jeden dla ćwiczeń leczniczych. Składa się on z pięciu następujących części: 1) Egzamin p i s e m n y z anatomji, fizjologji i chemji elementarnej, trwa-

jący około 3-ch godzin; 2) Egzamin pisemny o teorji masażu, o jego typach i czasie trwania, o patologji i chorobach, w których masaż ma zastosowanie, odpowiednia djagnostyka, ogólna pielęgnacja chorego i elementarna psychologja — również około trzy godziny. 3) Ustny i praktyczny egzamin (około 3-godzinny) obejmujący masaż ogólny i lokalny, z demonstracjami na ciele najrozmaitszych narządów i ich rozpołożenia, o mięśniach, o narządzie krążenia i limfatycznym oraz o gruczołach, a nadto obchodzenie się z pacjentem, bandażowanie i zakładanie szyn. 4) Teorja i praktyka elektroterapji z demonstracjami, obejmująca galwanizację, faradyzację, radjo-ciepło i światło, djatermję ogólną i lokalną, jonizację i t. p. (około 3 godziny). 5) Leczenie gimnastyczne teoretyczne i praktyczne (około 2 godziny). — Kandydatom do egzaminu wolno mieć przy egzaminie pisemnym pomocnika, piszącego za dyktandem, lecz tenże nie powinien znać przedmiotu egzaminowego a w razie gdyby je znał, musi złożyć wprzód wiążące oświadczenie, że nie użyje tej wiedzy, aby kandydatowi pomagać przy odpowiedziach. W razie jeśli kandydat sobie życzy wolno mu używać maszyny do pisania przy pisemnych wypracowaniach. Zresztą we wszystkich kierunkach egzamin ten jest prowadzony z tą samą ścisłością jak egzaminy studentów medycyny. Kandydaci muszą zwyczajem angielskim uzyskać więcej aniżeli 50% punktów dobrych przy egzaminie, aby dostać dyplom Chartered Society a dopiero potem może uczeń zostać członkiem Zrzeszenia ślepych masażystów. W razie nie uzyskania potrzebnej liczby punktów zostaje reprobowany i musi po 6 miesiącach powtarzać egzamin. Żadnemu masażyście nie wolno przed otrzymaniem dyplomu praktykować prywatnie.

Po uzyskaniu dyplomu są zajęci w różnych szpitalach i publicznych klinikach i mają swoje własne prywatne zakłady, zaopatrzone we wszystkie przyrządy. Masażyście nigdy nie wolno leczyć chorego bez wiedzy i ordynacji ustnej lub pisemnej dyplomowanego lekarza oraz bez wskazówek lekarskich. W razie gdy chory lub zdrowy osobnik, potrzebujący lub żądający masażu a nie mający stałego lekarza, zgłosi się wprost do masażysty, tenże jest obowiązany zwrócić się do miejscowego lekarza, który ocenia, czy dany przypadek nadaje się do stosowania masażu czy nie, i który według własnej oceny daje pozwolenie na stosowanie masażu lub też odmawia. Dozwolone ogłaszanie się masażystów jest ograniczone, a mianowicie wolno im ogłaszać się tylko w gazetach lekarskich. W zasadzie nie robi się różnicy między płcią masażystów. Lecz dla zadowolenia wrażliwych osób i jako poręka co do osoby masażysty lub masażystki, jest zwyczajem, że jeżeli masażysta jest wezwany do masowania kobiety lub masażystka do mężczyzny, masaż odbywa się zwykle w obecności osobnika płci męskiej względnie żeńskiej z otoczenia chorego. Przekroczenia zawodowe są ostro karane aż do odebrania dyplomu włącznie. Oczywiście w razie nabawienia się choroby zakaźnej zakazane jest masażyście wykonywanie pracy zawodowej na czas choroby, pod warunkiem, że choroba nie powstała przez jakąś nienormalność zawodową. Brytyjski Medyczny Związek poważnie zajmuje się tą instytucją i stąd pochodzi pełne zaufanie jakie lekarze angielscy mają do ślepych masażystów.

Bawiący obecnie w Polsce pan Cohen, który jest ślepym od 15-go roku życia i jest dyplomowanym uczniem londyńskiej szkoły masażystów ślepych, objeżdża jako oficjalny delegat angielskiego Zrzeszenia ślepych masażystów i Międzynarodowego Zrzeszenia ślepych esperantystów najrozmaitsze kraje Europy i dąży do zorganizowania pracy ślepych masażystów według wzoru angielskiego, który dotąd okazał się najlepszym. Włada on tylko językiem angielskim i esperanckim oraz bardzo słabo niemieckim. Dotychczas zwiedził on Austrję, Czechosłowację, Danję, Gdańsk, Szwajcarję i Węgry i obecnie zwiedza Polskę a stąd, jak wspomnieliśmy na zaproszenie Sowjetów wyjeżdża do Rosji. Według niego jedynie krajowa lub państwowa organizacja z obszernym programem nauki i z kontrolą lekarzy prowadzi do celu. W swojej pracy organizacyjnej postępuje on metodycznie zapoznając przedewszystkiem lekarzy z tą sprawą. A dopiero znalazłszy w kołach lekarskich zrozumienie, aprobatę i poparcie zwraca się do większych centrów, gdzie są zrzeszenia i zakłady ciemnych oraz do władz kompetentnych do właściwego ujęcia sprawy w swe ręce. Szkoła dla nauki masażu ślepych powinna być tylko jedna w kraju i mieć charakter centralny ogólno krajowy, a to ze względów zarówno ekonomicznych jak i technicznych. Organizację ślepych masażystów w kraju powinien według planu pana Cohena wziąć w ręce Centralny Komitet, złożony z reprezentantów Państwa, Stanu lekarskiego, Zakładów dla ciemnych oraz zupełnie wykwalifikowanych ślepych masażystów. Ta centralna organizacja otrzymywałaby od wszystkich instytutów, zakładów i organizacyj lokalnych, zajmujących się ślepymi, ścisłe informacje, dotyczące liczby i zdolności ślepych osobników, pozostających pod ich kontrolą, które zamierzają się oddać zawodowemu wykształceniu masażysty i mają po temu zdolności. One musiałyby dostarczyć Centralnemu Komitetowi informacyj, o wieku, wychowaniu i wykształceniu, charakterze, wyglądzie, przyczynie ślepoty, o stosunkach rodzinnych, o stanie zdrowia i obecnem mieszkaniu, oraz czy proponowany uczeń opuściłby miejsce obecnego pobytu tylko czasowo dla wykształcenia się, czy też na stałe dla wykonywania zawodu po uzyskaniu dyplomu. Poczem Komitet Centralny dokonałby ostatecznego wyboru proponowanych uczniów. Tenże sam komitet ustaliłby wiek, w którym uczeń (nica) może rozpocząć oficjalną naukę masażu i również wiek, w którym ukwalifikowanemu masażyście (stce) wolno będzie otworzyć prywatny zakład. Odpowiedni dyplom musiałyby poprzedzić 18 miesięczne studja, zakończone egzaminami na wzór angielski a dyplom uzyskiwany musiałby posiadać ważność dla całego państwa. Państwo wspólnie z instytutami i związkami opieki nad ciemnymi wzięłoby na siebie w całości lub częściowo, odpowiednio do stanu finansowego, otoczenia ślepego, finansową pomoc na czas nauki oraz pomoc dla sprawienia odpowiednich przyrządów potrzebnych do pracy po uzyskaniu dyplomu. Komitet Centralny, względnie przedstawiciel jego, będzie miał za zadanie wybór odpowiedniej miejscowości względnie okręgu, gdzie ślepy będzie mógł otworzyć sobie prywatny zakład mięsienia lub ułatwi mu uzyskanie zajęcia w publicznych szpitalach lub zakładach, kasach chorych i tym podobnych instytucjach, w których masaż bywa stosowany. Zadaniem Komitetu Centralnego byłoby też ustalanie i regulowanie zapłaty kwalifikowanych masażystów i regulacja czasu pracy w zakładach, oczywiście w porozumieniu z kierownikami odpowiednich instytucyj i przy uwzględnieniu stanu finansowego danej instytucji z jednej strony a sposobem zużytkowania i skuteczności pracy masażysty (stki) z drugiej strony. Z całym naciskiem powinien być zaznaczony charakter takiej organizacji nie tylko filantropijny, lecz, że członkowie tej organizacji są odpowiednio, celowo i dobrze według najnowszych postępów wykształceni w masażu i że za usługi oddawane powinni pobierać odpowiednią zapłatę. W końcu należy zaznaczyć, że w Anglji, organizacja ta, aczkolwiek pozostaje pod stałą kontrolą Państwa i Brytyjskiego Związku Lekarskiego, ma formę uprzywilejowanego, monopolowego Stowarzyszenia, którego członkowie opłacają roczne wkładki i korzystają z praw jak w zwykłych stowarzyszeniach.

Rezolucja Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego:

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie na posiedzeniu w dniu 14. XII. 1927 po wysłuchaniu referatu Dra Blassberga z Krakowa i p. Cohena z Londynu, aprobuje i zaleca utworzenie odpowiedniej centralnej organizacji ślepych masażystów obojga płci, na wzór podobnej organizacji angielskiej i przyrzeka swoje poparcie.

FEJLETON.

Aleksander BAUROWICZ. Kraków.

Z dziejów kliniki oto-rhino-laryngologicznej Uniwersytetu Jagiell. przy szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Rozmach z jakim przystąpiono do urzeczywistnienia powziętego już za czasów zaborczych zamiaru, rozbudowy zakładów wydziału lekarskiego, w szczególności zakładów klinicznych, z nastaniem trudności finansowych państwa doznał zahamowania. W planie rozbudowy klinika oto-rhino-laryngologiczna miała dla siebie osobny budynek, według wzorów klinik zagranicznych i odpowiadający wymogom tak leczenia jak i nauczania, działu uznanego za obowiązkowy dla studentów, z którego zdawać się ma też ścisły egzamin. Pomieszczenie pierwotne kliniki od czerwca 1894 roku do maja 1906, a więc przez dwanaście lat w suterenach oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza, zupełnie nie odpowiednie, przeniesiono w r. 1906 do budynku osobnego, po dawnym oddziale chorób zakaźnych. Nie przystosowano go jednak do zasady oddzielenia przychodni od kliniki właściwej, utrudniając ogromnie pracę kliniczną a w szczególności nauczanie.

Tymczasem projekt budowy odrębnej nowej kliniki, został zaniechany i przyjęto ewentualne jej pomieszczenie w przyszłości, w obecnej klinice chirurgicznej, z narzuceniem jej jako sublokatora instytutu dentystycznego. Projekt to zupełnie nieudany, raz dlatego, iż przerobienie obecnego budynku dla celów specjalnie potrzebnych natrafiłoby i na wielkie trudności i koszta znaczne, a już nie do przyjęcia jest mieszczenie się pod jednym dachem z instytutem dentystycznym, który powinien mieć pomieszczenie zupełnie odrębne.

Aż do czasu wybudowania nowej kliniki oto-rhino-laryngologicznej, co z pewnością z czasem według pierwotnego zamysłu

i gotowych już planów, doczeka się urzeczywistnienia, należało się zabrać energicznie do poprawienia obecnego pomieszczenia. Rozkład budynku mającego klatkę schodową i sień w swem środku przez co budynek składa się z dwóch równych połów, ułatwił pomysł oddzielenia przychodni od kliniki, a dawne jedyne wejście do budynku, mieszczące się po prawej stronie budynku, obrócić na wejście do przychodni.

Z tego dawnego wejścia, wchodziło się do sieni, skąd do dalszych przestrzeni prowadziło troje drzwi, na prawo do pokoju służby oddziałowej (troje osób, pokój o dwóch oknach), na wprost do pokoju służącej klinicznej (pokój o jednem oknie) wreszcie na lewo wchodziło się do pokoju o jednem oknie, będącego poczekalnią dla chorych przychodnich, w którym też były pomieszczone trzy szafy biblioteczne, szafka z podręczną apteczką, szafa zawierająca część inwentarza: jak naczynia zapasowe oraz skrzynia na brudną bieliznę. Z pokoju tego wchodziło się dalej na lewo do wspomnianej sieni klatki schodowej, a przez tą dalej do sali leczenia chorych kliniki stałej, oraz przyjęcia chorych przychodnich, stąd wreszcie do ostatniej sali, tak zwanej operacyjnej, mającej służyć równocześnie jako sala wykładowa i jako garderoba dla personalu lekarskiego; dla studentów garderoba była urządzona w sieni klatki schodowej na piętrze, skąd dwoje drzwi prowadzi na prawo do sali mężczyzn, na lewo do sali kobiet. Ilość łóżek 25, rozdzielona jest dla mężczyzn 13, dla kobiet 12. Na salach tych z konieczności znajduje się po jednej dużej szafie, do przechowywania bielizny oddziałowej i różnych sprzętów.

Brak szczególnie sali odrębnej, jako operacyjnej, odczuwało się bardzo, chcąc sprostać zasadniczym wymogom urządzenia zakładu leczniczego. Czekanie dłużej na zmianę na lepsze, stało się beznadziejne, należało więc przystąpić do stosownej przebudowy obecnego pomieszczenia, które wypadło zupełnie zadowalająco.

Ponieważ klinika mieści się w budynku szpitalnym i jest oddziałem szpitalnym, oddanym na użytek kliniki, za co rząd zwraca nadwyżkę kosztów, a przez trzy miesiące w roku lipiec, sierpień i wrzesień przemienia się na właściwy oddział, zostający pod kierunkiem dyrektora kliniki, przebudowa zamierzona dla celów klinicznych, nie mogła obciążyć budżetu szpitala, a rząd nie będąc właścicielem budynku nie byłby pochopnym szczególnie w dzisiejszych warunkach do większego wkładu pieniężnego, skoro przyznana dotacja zupełnie nie odpowiada zapotrzebowaniu. W pomoc przyszły opłaty od chorych przychodnich wprowadzone reskryptem Wydziału samorządowego, z wiosną 1926 r. Należało tylko, w celu uruchomienia przebudowy, która wraz z autoklawem, wynieść miała około 25.000 złotych, postarać się o pożyczkę na weksel kaucyjny, któraby w miarę wpływów z opłat umarzała się, posługując się prawem trzymiesięcznego przedłużenia terminu zapłaty weksla, aż do ostatecznego umorzenia pożyczki.

Ponieważ przebudowa złączyła się mimowolnie z pewnemi robotami, nie należącemi ściśle do planu przeróbki, jak naprawa rur wodociągowych w ustępach na dole budynku, uporządkowanie tychże gruntownie, dalej odwilgocenie niektórych ścian, przez założenie przewodów wentylacyjnych, wymiana spróchniałej podłogi w pokoju służącej klinicznej, wreszcie skrycie, przy sposobności przewodów elektrycznych także w sieni i w klatce schodowej, oraz pomalowanie tych ostatnich części budynku, wielce życzliwy klinice Dyrektor szpitala Dr. Leon Fuchs, przyjął część tych kosztów, nieprzewidzianych przebudową zamierzoną, na budżet szpitalny.

By nie przerywać pracy klinicznej, przebudowę załatwiono w czasie wakacyj, dzieląc przeróbkę na dwie części, najpierw uporano się z przeróbką części ambulatoryjnej, a po przeniesieniu się chwilowem do tej części przerobionej, przystąpiono do przeróbki części ściśle klinicznej, wraz z salą operacyjną.

Zaczęto przeróbkę od zrobienia nowego wejścia do głównej sieni budynku, zajmując dla czasowej pracy, dawną salę przyjęć wraz z salą operacyjną. Wejście to jako przeznaczone do wejścia do kliniki stałej, zaopatrzono w daszek szklany by ochronić je od zaciekania deszczu, nad daszkiem umieszczono w kolorach państwowych tablicę z napisem: „Klinika Uniwer. Jagiell. oraz Oddział Państwowego szpitala chorób krtani, gardła, nosa i uszu"; pod daszkiem zawieszono lampę elektryczną 100 Watów. Sień zajętą poprzednio przez kuchnię podręczną zamieniono po usunięciu kuchni, na szatnię przeznaczoną tak dla lekarzy jak studentów, ustawiając wieszadła stojące.

W przestrzeni tej ustawiono wspólny piec, dla ogrzania tak szatni jak i klatki schodowej, jak i sąsiadującego na prawo pokoju mającego przeznaczenie sali przyjęć ambulatoryjnej, dawnej poczekalni dla chorych. Umieszczono tu też ogrzewalnik gazowy na wodę, rozprowadzoną na obie strony budynku, tak do sali przyjęć i nowo założonej łazienki, jak i do sali wykładowej, przeznaczonej też do wykonywania operacji mniejszych, wreszcie do właściwej sali operacyjnej. W przestrzeni tej znalazły też miejsce, szafa kancelaryjna kliniki, oraz podręczna apteczka kliniczna, skryte dyskretnie w zagłębieniu pod schodami.

Dawne jedyne wejście do całego budynku, przeznaczone zostało, jak już wspomniałem, dla wejścia do przychodni. W sieni dawnej oddzielonej ścianą od pokoju służby, znajdującego się na prawo, zburzono ową ścianę, zyskując obszerną przestrzeń, przeznaczoną na poczekalnię, mającą obecnie obok dwóch dawnych okien, trzecie światło z oszklonych drzwi wejściowych. By zapobiec wchodzeniu chorych, z zanieczyszczonem obuwiem wprost do poczekalni, dobudowano przed drzwiami werandę oszkloną, a daszek werandy sięgający pierwszego piętra użyto jako obszerny balkon, na który zrobiono wejście oszklonemi drzwiami, w miejscu środkowego okna sali dla kobiet. Balkon ten, okazał się nadzwyczaj praktyczny do przewietrzania pościeli, służy chorym ze sali kobiet jako miejsce wypoczynkowe, wystawione na słońce południowo-zachodnie, a doniczki kwiatów i pnące rośliny na balaskach balkonu, ozdabiają też fronton budynku.

Drzwi na wprost dawnej sieni wejściowej, prowadzące do pokoju służącej klinicznej zamurowano, przemieszczając wejście do tego pokoju wiecej na prawo, co umożliwiło odcięcie pewnej części dawnego pokoju i połączenie jej ze salą przyjęć osobnemi drzwiami, z przeznaczeniem na pomieszczenie autoklawu oraz łazienki dla lekarzy. By do przestrzeni tej doprowadzić światło, wybito okno na sąsiednie grunta Uniwersyteckie, z widokiem na szkołę pielęgniarek, a w głębi na klinikę ginekologiczną.

Pokój z dawnej sieni na lewo, dawna poczekalnia oraz biblioteka, przeznaczony na salę przyjęć, mieści cztery stoliki do badania, z urządzeniem lamp gazowych obok elektrycznych i pantostat. W sali tej, oprócz umywalni, znajduje się jeszcze stół do zapisywania chorych, dwa stoliki na niezbędne pod ręką przyrządy opatrunkowe; środki apteczne stosowane do leczenia, mieszczą się we flaszeczkach na każdym stoliku do badania z osobna, obok puszki szklanej z pokrywą metalową, na watę wreszcie stojak na cztery 10 litrowe flaszki z roztworami 2% lysolu, 3% kwasu borowego, 1‰ sublimatu i 5% karbolu. Na kuchence gazowej jednopłomiennej, przygrzewa się roztwór 3% kwasu borowego, do przepłukiwania ucha wydzielającego wydzielinę chorobową, nagromadzoną woskowinę, ewentualnie ciało obce, wypłukuje się, zwyczajną wodą ciepłą, o ile to ostatnie nie wymaga innego zabiegu.

We wszystkich przestrzeniach wogóle, wszelkie rury, a więc gazowe i wodociągowe, wreszcie przewody elektryczne i telefoniczne, ukryto w murze. Poczekalnię wymalowano klejowo, w sali przyjęć zrobiono lamperję z lakieru, dwa metry wysoką, a podłogę i boki w łazience względnie w sterylizatorze, zrobiono z terazza. Salę przyjęć wyłożono linoleum; dla ścian przyjęto barwę kremową, a w łazience białą. Sala przyjęć obecna, dawniej już istniejącemi drzwiami, łączy się na lewo z szatnią.

Z szatni, poprzednio jak wspomniałem sieni klatki schodowej, wchodzi się na lewo do dawnej sali przyjęć, przeznaczonej obecnie na salę wykładową, gdzie znajdują się obok biurka między dwoma oknami, dwie szafy żelazne oszklone z narzędziami i sześć stolików do badania dla studentów, przy których też wykonywa się wszelkie małe zabiegi operacyjne, tak kliniki stałej jak i przychodniej. W sali tej stosownie obszernej znajduje się też drugi pantostat, dalej stół na kółkach do badania chorych w pozycji leżącej, przyrząd do badania odczynu cieplikowego, w jednym z rogów, krzesło obrotowe do badań narządu przedsionkowego i przyrząd projekcyjny do badań wskaźnikowych, wreszcie załącznik do lampy Sellux i kwarcowej. Oczywista, iż sala ta daje się z łatwością zaciemnić, podobnie jak i sala przyjęć, wreszcie dla przewietrzenia zaopatrzono ją w wentylator elektryczny, podobnie jak i poczekalnię chorych; salę przyjęć odwietrza się ruchomą górną częścią okna. Sala ma lamperję lakierową 1.50 m wysoką a ściany są malowane klejowo, przyczem zastosowano kolor jasno popielaty, z pewnym odcieniem ciemniejszym w zakresie lamperji. Sala wykładowa z konieczności jest też gabinetem Dyrektora klinicznego oraz kancelarją kliniczną. Szafkę kancelaryjną, jak wspomniałem, ustawiono w szatni w zagłębieniu pod schodami.

Główny cel przeróbki, sala operacyjna rozwiązaną została bardzo korzystnie, przez rozdzielenie jej ścianą oszkloną z drzwiami przesuwanemi wagonowe, przez co zyskało się dwie przestrzenie, jedną przygotowawczą a drugą jako właściwa przestrzeń operacyjna. W przestrzeni przygotowawczej, umieszczono dwie umywalnie, sterylizator większy ustawiono na konsolach, a obok na stoliczku żelaznym wmurowanym w ścianę, kuchenkę gazową dwupłomienną do sterylizacyj mniejszych i wygotowywania szczotek do mycia, wreszcie znajduje się tu stojak na którym stawia się puszkę ze sterylizowanemi płaszczami, rękawiczkami i maskami, w celu przygotowania się odpowiedniego, przed przejściem do właściwej przestrzeni operacyjnej.

Dawne okno weneckie w sali operacyjnej, zastąpiono oknem jednoskrzydłowem o dużej szybie lustrzanej; ściany na wysokości 1.50 m wyłożono tafelką białą, a reszta ścian tak w przestrzeni operacyjnej jak i przygotowawczej polakierowano na kolor jasnopopielaty. Nowoczesny stół operacyjny, stół na narzędzia, mały stolik podręczny na trójnogu, trzy puszki z kompresami i gazą sterylizowaną, koszyk żelazny z workiem płóciennym do odrzucania zużytej gazy czy narzędzi, wreszcie stojak na lampę elektryczną czołową, niezbędną do oświetlenia różnych głębi pola operacyjnego, z osobnym kontaktem (załącznikiem), uzupełniają urządzenie sali operacyjnej. Do oświetlenia ogólnego przestrzeni operacyjnej służy długa lampa Zeissa u sufitu z żarówką 300 Watów, a w przestrzeni przygotowawczej 100 Watów; jako rezerwa dla światła dodatkowego z lampy Sollux jest specjalny kontakt; nie zapomniano też o umieszczeniu jednego kurka gazowego, by na wypadek zawiedzenie światła elektrycznego, móc sobie pomóc światłem gazowem Auera, a wreszcie do ogrzania dodatkowego, sali operacyjnej piecykiem gazowym, gdyby tego zaszła nagła potrzeba, do czego też służą lampa Sollux względnie ogrzewalnik elektryczny.

Lampa Zeissa długa o 200 Watach znajduje się też u sufitu w sali wykładowej, oprócz lampy stojącej na biurku, na którem umieszczono też telefon, odprowadzając do klatki schodowej dzwonek dodatkowy od telefonu, dla orjentacji służby w razie wezwania telefonicznego.

Podłoga w sali operacyjnej z betonu, ma w środku odpływ do kanału, ściana przedzielająca nie dosięga podłogi, co umożliwia dokładne zmywanie całej przestrzeni, operacyjnej. Ponieważ może zajść konieczność zaciemnienia sali operacyjnej, w celu oświetlenia głębi pola operacyjnego światłem sztucznem, umieszczono zewnątrz okna cztero - skrzydłowe okiennice żelazne, malowane na biało, które każdej chwili mogą być przymknięte.

Sala przyjęć i wykładowa zaciemnia się jak wspomniałem storami czarnemi, umieszczonemi w oknach.

Tak salę wykładową jak i operacyjną ogrzewa wspólny piec o szczelnych białych, gładkich kaflach, z daszkiem ukośnym, zaokrąglonych krawędziach, by piec móc dokładnie zmywać, a palenisko urządzono od strony sali wykładowej; podobnie piec wspólny sali przyjęć i garderoby, ma palenisko od strony szatni, by nie zanieczyszczać sali operacyjnej, względnie sali przyjęć; piec wspólny poczekalni i pokoju służącej klinicznej, ma również daszek ukośny, by nie zatrzymywał kurzu i dał się z łatwością oczyścić.

W sali wykładowej, obok krzesła biało lakierowanego przy biurku, znajduje się 12 taburetów przy sześciu miejscach dla badania, dla badającego i badanego, dalej 20 taburetów wolnych dla studentów, wszystko na biało polakierowane.

Podłoga w szatni, sali wykładowej i operacyjnej jest kamienna względnie z betonu; przy biurku w sali wykładowej i przy stolikach do badania leżą podkłady z linoleum, by izolować zimno betonu, a nadto podłogę naciera się olejem lnianym, co znakomicie wiąże kurz, naniesiony obuwiem.

W poczekalni 10 krzeseł giętych z oparciem z jasnego buku, stół oraz wieszadło stojące, uzupełniają najniezbędniejsze urządzenie. W sali wykładowej, zawieszono nadto szereg tablic topograficznych z zakresu górnych dróg oddechowych i narządu słuchowego, obok obrazów patologicznych oraz badaczy zasłużonych w oto - rhino - laryngologji.

Brak bodaj skromnej pracowni do badań mikroskopowych względnie bakterjologicznych, wypełniono umieszczeniem przy jednem z okien poczekalni stolika do badań; poczekalnia gdzie znajdują się też, jak już wspomniałem szafy biblioteczne, służy jako czytelnia dla lekarzy.

Na palarnię tytoniu dla lekarzy i studentów, przeznaczono szatnię.

By sale chorych rozjaśnić, a tym samym uprzyjemnić w nich pobyt, uzyskane z dawnej sali operacyjnej okno weneckie, umieszczono na sali mężczyzn w ścianie od ulicy, wykorzystując też w konstrukcji okna, możność łatwego odświeżania powietrza; na sali kobiet dodano w ścianie wschodniej jedno okno, uzyskane z miejsca gdzie wstawiono okno oszklone na balkon, dodając do okna tego urządzenie wentylacyjne.

Cała ta, choć tak gruntowna przeróbka, nie zdołała załatwić braku mieszkania, bodaj dla jednego asystenta, co stanie się w przyszłości przy zamierzonej nadbudowie piętra. Chwilowa niewygoda z podręczną kuchenką dla użytku chorych, mieszczącą się w sieni klatki schodowej pierwszego piętra, brak pokoju gospodarczego, wreszcie brak pomieszczenia dla służby oddziałowej, osób narazie troje, która zmuszoną została obecnie do przebywania na sali kobiet, zresztą bardzo chętnie, zostanie uwzględniona przy nadbudowie piętra. Nadto zamierzone są: osobny pokój zaciszny do badań narządu słuchowego, gdzieby też znalazły miejsce pracownia kliniczna, oraz lampa kwarcowa, a dalej wprowadzi się system oddzielnych pokoji dla chorych, w szczególności gruźliczych i kiłowych, oraz chorych po operacjach cięższych, wymagających odpowiedniego spokoju. Wspólne sale byłyby przeznaczone dla mniej ciężko chorych i dla uzdrowieńców, którzy jeszcze przecież czas jakiś, muszą pozostać w opiece lekarskiej.

Składanie brudnej pościeli i bielizny przeniesiono do piwnicy; szafy gospodarcze kliniki z bielizną, naczyniem, ustawione narazie na salach chorych, znajdą się w przyszłości w pokoju gospodarczym.

Przez cały czas przeróbki, trwającej prawie cztery miesiące, praca w oddziale nieustawała ani na jeden dzień i z uznaniem podnieść muszę poświęcenie się dla sprawy, moich współpracowników, Panów asystentów: Dra med. Eugenjusza Klassę i Dra med. Miodońskiego, którzy wraz ze mną cierpliwie walczyli z trudnościami dla dobra rozwoju kliniki. Obaj oddani dobru kliniki, pracując z zapałem, wypełnili dawno już odczuwany brak sił i mam nadzieję że wytrwają w pracy.

Zamierzona nadbudowa piętra na wiosnę roku przyszłego choć jest zamiarem ponad nasze siły, ze względu na niemożność uzyskania pożyczki długoterminowej, mam nadzieję z pomocą Samorządu uda się przeprowadzić, a wówczas klinika oto - rhino - laryigologiczna, służąca też jako oddział szpitala, na długie lata zaspokoi potrzebę budowy stosowniejszego pomieszczenia.

Na proponowanej nadbudowie założony zostanie ogródek dla użytku chorych, tak zwane solarium.

Dotychczasowy nieodpowiedni dostęp do kliniki, uprzystępniono, dzięki życzliwości Dyrekcji szpitala, położeniem chodnika z płyt betonowych, a w przyszłości po ukończeniu nadbudowy, albo wcześniej, gdyby ta miała ulec zwłoce, wolna przestrzeń przed frontem kliniki, dziś porosła trawą zamieni się w ogródek, przez zasadzenie drzew, krzewów i gazonów kwietnych.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Projekt rozporządzenia

Prezydenta Reczypospolitej z dnia . . . . . o ratownictwie lekarskiem w wypadkach nieszczęśliwych.

Na zasadzie art. 44, ust. 6 Konstytucji i ustawy z dnia 2 sierpnia 1926 r. o upoważnieniu Prezydenta Rzeczypospolitej do wydawania rozporządzeń z mocą ustawy (Dz. Ust. Rz. P. Nr. 78 poz. 443) postanawiam:

Art. 1.

Gminy miejskie i wiejskie obowiązane są uruchomić i prowadzić organizacje ratownicze pod nazwą „Pogotowie ratunkowe", każda w rozmiarach, odpowiadających jej potrzebom.

Obowiązek ten ciąży również na wszelkich zakładach i przedsiębiorstwach przemysłowych, których działalność połączona jest z niebezpieczeństwem życia i zdrowia pracowników lub społeczeństwa, oraz na organizacjach sportowych, szkołach gimnastycznych, szermierki i t. p. instytucjach, wreszcie na organizacjach społecznych pomocy lekarskiej.

Gminy, na których obszarze czynne jest zaspokajające ich potrzeby pogotowie ratunkowe społeczne lub inne, mogą być częściowo lub w zupełności zwolnione z obowiązku założenia i prowadzenia pogotowia własnego. To samo dotyczy wszelkich zakładów i instytucyj, wymienionych w poprzednim ustępie.

Art. 2.

Zadaniem pogotowia ratunkowego jest udzielanie pierwszej pomocy lekarskiej w wypadkach nieszczęśliwych, pozatem propagowanie ratownictwa i szkolenie jaknajwiększej liczby osób danej miejscowości względnie danego zakładu, przedsiębiorstwa przemysłowego, członków towarzystwa sportowego, personelu uczniów danej szkoły gimnastycznej, szermierki i t. p. instytucyj, w zabiegach ratowniczych, wreszcie tworzenie filij pogotowia pod nazwą „stacyj ratowniczych" na danym obszarze administracyjnym, względnie na terenie swojej działalności, tak, ażeby ostatecznie każde osiedle ludzkie posiadało swoją stację ratowniczą.

Art. 3.

Podstawową jednostką komunalnej organizacji ratownictwa w wypadkach nieszczęśliwych są „stacje ratownicze", liczące conajmniej cztery osoby, wyszkolone w zabiegach ratowniczych i sporządzaniu najprostszych sprzętów ratowniczych (noszy, szyn i t. p.); „stacje" zakładane są przez „gminne pogotowia ratunko-

we" .te zaś łączą się w „powiatową organizację pogotowia ratunkowego", te w organizację wojewódzką, a wojewódzkie w ogólnokrajową.

Komunalne organizacje pogotowia ratunkowego zależnie od uznania władzy nadzorczej mogą działać samoistnie lub w oparciu o zakłady szpitalne, a w gminach wiejskich o ośrodki zdrowia, instytucje zesrodkowujące całokształt pracy sanitarno-społecznej, wliczając w to i lecznictwo, oraz sanitarno-propagandowej dla danej gminy lub związku gmin tworzącego „okręg sanitarny".

Art. 4.

Szczegółowe przepisy określą warunki, na jakich powinny być urządzone i prowadzone pogotowia ratunkowe, zależnie od potrzeb danej jednostki administracyjnej lub instytucji przemysłowej, społecznej i innych, wymienionych w ustępie drugim artykułu pierwszego.

Art. 5.

Koszty urządzenia i prowadzenia komunalnych organizacyj pogotowia ratunkowego ponosi dana gmina miejska lub związek gmin wiejskich, grupujących się około danego ośrodka zdrowia, ten ostatni przy poparciu powiatowego związku komunalnego; gmina dostarcza pomieszczenia, opału, oświetlenia, sprzętów, materjałów pisarskich (z wyjątkiem druków specjalnych) i obsługi niefachowej, natomiast powiatowy związek komunalny opłaca personel lekarski, instruktorski i dostarcza przyborów ratowniczych, opatrunków, lekarstw, instrumentów oraz druków specjalnych.

Na pokrycie powyższych kosztów gminy upoważnione są do pobierania za interwencje ratownicze opłat według taks, zatwierdzonych przez wojewódzką władzę administracji ogólnej.

Koszty urządzenia i prowadzenia pogotowia ratunkowego zakładów i przedsiębiorstw przemysłowych ponosi przedsiębiorca.

O obowiązku i czasie założenia komunalnej organizacji pogotowia ratunkowego w gminach wiejskich, o obowiązku połączenia się gmin w tym celu w związek, o terenie działalności związku, o rozmiarze świadczeń gmin miejskich i wiejskich na założenie i prowadzenie pogotowia orzeka właściwa władza nadzorcza na wniosek organów sanitarnych powiatowej władzy administracyjno-ogólnej, kierując się przytem względami na istniejące lokalne potrzeby, tudzież na siły finansowe związków komunalnych.

Art. 6.

Nadzór stały nad komunalnemi organizacjami pogotowia ratunkowego sprawuje właściwa komunalna władza nadzorcza z zastrzeżeniem dla organów sanitarnych administracji ogólnej prawa kontroli co do przestrzegania postanowień niniejszego rozporządzenia, co do celowości urządzenia i działalności danych organizacyj, oraz co do stawiania wniosków w tym względzie właściwej komunalnej władzy nadzorczej. W stosunku do m. st. Warszawy nadzór wykonywa Minister Spraw Wewnętrznych.

Nadzór stały nad organizacjami pogotowia ratunkowego instytucyj i przedsiębiorstw państwowych oraz instytucyj społecznych o charakterze publiczno-prawnym i nad urządzeniami ratowniczemi zakładów i instytucyj prywatnych należy do powiatowej władzy administracji ogólnej.

Zarządzający (kierujący) pogotowiem winien organowi, wykonywującemu rewizję (kontrolę), udzielić wszelkich wymaganych wyjaśnień, a władzy nadzorczej na żądanie danych statystycznych.

Art. 7.

Odwołania, wniesione przeciw zarządzeniom, wydanym na podstawie art. 4, nie mają mocy wstrzymującej.

Art. 8.

Winni przekroczenia postanowień art. 1, ust. 2, art. 2, 4 i 6 ust. 4, niniejszego rozporządzenia lub rozporządzeń, na jego podstawie wydanych o ile chodzi o organizacje prywatne i społeczne, ulegną w drodze postępowania administracyjnego karze grzywny do 2.000 zł lub aresztu do 3-ch miesięcy.

Od orzeczenia karnego powiatowej władzy administracji ogólnej przysługuje w ciągu 7 dni od dnia doręczenia orzeczenia prawo wniesienia na ręce tej władzy odwołania do właściwego Sądu Okręgowego, który rozstrzyga prawomocnie przy odpowiedniem zastosowaniu przepisów, dotyczących odwołań od wyroków Sądów Powiatowych (Pokoju).

Sąd Okręgowy nie może jednak uchylić orzeczenia z przekazaniem sprawy do ponownego rozpatrzenia przez władzę administracyjną.

Na obszarze Województw Poznańskiego i Pomorskiego stosuje się przepisy o wydawaniu policyjnych mandatów karnych.

Art. 9.

Jeżeli gmina miejska lub wiejska albo powiatowy związek komunalny, pomimo wezwania przez władzę nadzorczą, nie wstawia do budżetu lub nie uchwala poza nim wydatku, który obowiązana jest pokryć w myśl niniejszego rozporządzenia, czyni to władza nadzorcza.

Jeżeli gmina miejska lub wiejska albo powiatowy związek komunalny pomimo wezwania nie wykonywa swych obowiązków, wynikających z niniejszego rozporządzenia, w granicach swego budżetu, lub wykonywuje je nienależycie, władza nadzorcza czyni to na ich koszt, przyczem ma prawo wydawania przepisów co do źródeł pokrycia odnośnych wydatków.

Art. 10.

Wykonywanie przepisów niniejszego rozporządzenia powierza się Ministrowi Spraw Wewnętrznych.

Art. 11.

Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem ogłoszenia i obowiązuje na całym obszarze Rzeczypospolitej z wyjątkiem Województwa Śląskiego.

Uzasadnienie.

Nadzwyczajnie szybki rozwój życia sportowego, powszechny obowiązek wychowania fizycznego i przysposobienia wojskowego, obok względów na potrzeby przemysłu oraz nowoczesne sposoby lokomocji, a szczególnie prowadzenie wojny, wysuwają jako konieczność chwili należyte postawienie sprawy ratownictwa lekarskiego w wypadkach nieszczęśliwych.

Narazie istnieje w kraju obok kolejowych urządzeń ratowniczych kilka społecznych organizacyj pogotowia ratunkowego o charakterze prywatnym i publiczno-prawnym (Kasy Chorych). Atoli są to organizacje o znaczeniu lokalnem lub o specjalnem zadaniu, podczas gdy potrzeby doby obecnej domagają się powszechnego zaprowadzenia organizacyj ratowniczych we wszelkich osiedlach ludzkich, a to w trybie pilnym.

Urzeczywistnienie tej idei przez społeczeństwo nie jest do pomyślenia wobec wyczerpania ofiarności obywateli na przeróżne rywalizujące ze sobą szlachetne i patrjotyczne cele.

Tylko zaprowadzenie ustawowego obowiązku o stosunku do czynników szczególnie interesowanych może zapewnić zadawalające rozwiązanie sprawy. Pozatem chodzi o to, komu przekazać organizacje ratownictwa powszechnego.

Polski Czerwony Krzyż, na którym ciąży obowiązek propagowania ratownictwa i zaspokojenia dotyczących zapotrzebowań na wypadek wojny, nie wchodzi jednak w rachubę z powodu jednostrostronności jego zadań, a w szczególności przez wzgląd na ogromne koszty, jakie niezawodnie pociągnęłoby za sobą powołanie do tej pracy przez Czerwony Krzyż licznej bardzo administracji.

Pozostaje powierzenie rozwinięcia ratownictwa lekarskiego w sensie organizacji ogólno-krajowej samorządom gminnym, powołanym do organizowania i udzielania pomocy lekarskiej na podstawie art. 3 pkt. 6 zasadniczej ustawy sanitarnej z 19 lipca 1919 r. (Dz. U. R. P. Nr. 63 poz. 371).

Zrealizowanie tej akcji przedstawia się jak następuje:

Miasta oraz odpowiednie związki gmin wiejskich (okręgi sanitarne) powinny zorganizować u siebie „gminne pogotowie ratunkowe". Oczywiście, że w miastach organizacja pogotowia byłaby zależną od liczby mieszkańców i ewentualnych stosunków, n. p. od rozwoju ruchu samochodowego, prowadzenia pewnych robót i t. p. Inne są wymagania ratownicze miasta miljonowego, a inne miasta, liczącego 100,000 względnie 50,000, 10,000 lub 5,000 mieszkańców.

W miastach dużych pogotowie może posiadać własną klinikę, w mniejszych będzie ono działało w oparciu o szpital, a na wsi o „ośrodek zdrowia", instytucję, ześrodkowującą całokształt pracy sanitarno-społecznej, wliczając w to i lecznictwo, oraz sanitarno-propagandowej.

Pogotowie miejskie i wiejskie byłoby obowiązane poza wykonaniem ratownictwa i propagowania go i do zakładania „stacyj ratowniczych" we wszelkich osiedlach ludzkich na swoim obszarze.

Stacja taka nie powoduje kosztów, chodzi tylko o wyszkolenie pewnej liczby osób w zabiegach i działalności ratowniczej. Nosze zbudują sobie dani obywatele sami według otrzymanych przy szkoleniu wskazówek i t. p.

Ale i koszty pogotowia wiejskiego są minimalne, o ile ono ma oparcie o „ośrodek zdrowia".

Strona finansowa przeto przedstawia trudności tylko w miastach (karetki, personel, środki ratownicze i t. p.), gdzie one wszakże mogą być przezwyciężone przez współdziałanie miasta z czynnikami społecznemi, ewentualnie i rządowemi.

Stały nadzór nad organizacjami pogotowia wykonywuje komunalna władza nadzorcza z zastrzeżeniem prawa kontroli przez Rząd.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Witold GRABOWSKI. Paryż.

W sprawie studjum radio i rentgenologii.

Należyte zorganizowanie studjów specjalnych w zakresie nauk lekarskich należy dziś do spraw najbardziej pilnych i ważnych. Odnośnie do studjów rentgenologji względnie radiologji podnosił tę sprawę w Gazecie Lekarskiej Dr. Dębicki, przedstawiając w krótkości organizację nauczania za granicą. Mogąc bezpośrednio śledzić sposób urządzenia studjów radiologji na fakultecie lekarskim w Paryżu, uważam za swój obowiązek przedstawić tę sprawę, gdyż może to służyć jako informacja dla Kolegów pragnących studjować we Francji.

Studjum radiologji organizuje Wydział Lekarski paryski wspólnie z Instytutem radowym, oraz gronem elektro-radiologów szpitali. Tego rodzaju organizacja studjów zapewnia z jednej strony wytrawnych i znanych prelegentów, z drugiej zaś strony daje możność korzystania z rozległego materjału szpitali paryskich. W innych krajach, zwłaszcza w Niemczech, słyszy się często o kursach rentgenologji kilkotygodniowych lub kilkumiesięcznych, urządzanych przez pewne Twa lub jednostki. Jest to z gruntu fałszywe i szkodliwe postawienie sprawy. Nauczanie bowiem w tych przypadkach musi z konieczności ograniczyć się do teoretycznych opisów uzupełnionych pokazem mniej lub więcej kompletnego zbioru klisz; brak jednak rzeczy najważniejszej i niezbędnej tj. materjału chorych. Wśród szeregu prelegentów, przeważnie znanych z piśmiennictwa francuskiego i zagranicznego, figurują nazwiska: naszej rodaczki p. Curie, dalej profesora fizyki lekarskiej na Wydziale A. Strohla, prof. Regaud znanego radiologa, docenta Zimmern'a, Dr. Ledoux-Lebard, Belot, Maingot, Lacassagne, Ferroux i innych.

Studjum elektroradiologji dzieli się na dwie części. Pierwsza część, trwająca około 6 miesięcy, stanowi kurs przygotowawczy, w czasie którego uczniowie mogą zaznajomić się teoretycznie i praktycznie z fizyką i technologją promieni Roentgena, z fizyką ciał promieniotwórczych, z zasadami radiodjagnostyki, rentgenoterapji i curieterapji (leczenie radem), wreszcie z elektrologją i phototerapją. W czasie tym w godzinach przedpołudniowych uczniowie kursu odbywają praktykę w trzech kolejno obranych pracowniach radjologicznych, w godzinach zaś popołudniowych odbywają grupami ćwiczenia praktyczne w pracowni fizyki lekarskiej i laboratorjum Instytutu radowego. Wspólne zwiedzanie wytwórni aparatów rentgenologicznych i elektromedycznych pod kierownictwem Dr. Turchini'ego, kierownika prac fizykalnych, stanowi dopełnienie wykształcenia praktycznego. Po ukończeniu pierwszej części kandydaci zdają egzamin i uzyskują certyfikat nauk przygotowawczych. (Certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie medicales).

Druga część studjum, trwająca 2 lata, stanowi właściwe, ostateczne wyszkolenie praktyczne. Kandydaci, w porozumieniu z dziekanem Wydziału lekarskiego, odbywają praktykę w obranych pracowniach radjologicznych. Część praktyki odbyć można w pracowniach zagranicznych za zgodą dziekana Wydziału lekarskiego. Po ukończeniu 2-letniej praktyki kandydaci przedstawiają pracę na podstawie której (obraz dodatkowego egzaminu z radjologji i elektrologji lekarskiej) otrzymują dyplom radiologji i elektrologji lekarskiej Uniwersytetu paryskiego. Początek kursu corocznie w dniu 1 grudnia. Opłaty za pierwszą część kursu około 1100 franków, za dyplom 350 franków.

Oto w krótkości dane o organizacji studjum radiologji we Francji.

Obok wymienionego kursu względnie studjum odbywają się corocznie kursy specjalne, obejmujące pewne działy radiologji. I tak w szpitalu Charité można zapoznać się z rentgenodjagnostyką schorzeń płuc w pracowni prof. Sergenta, rentgenologję serca i naczyń wykłada w klinice prof. Vaqueza Dr. E. Bordet, w klinice prof. Duvala Dr. H. Béclere urządza specjalny kurs rentgenodjagnostyki przewodu pokarmowego. W pracowniach Duhema, Maingot, Auborg'a itd. można korzystać b. wiele z diagnostyki rentgenologicznej i w świetnie zorganizowanych oddziałach Dr. Belot'a, Solomona, Ledoux-Lebard'a poznać można terapję głęboką i powierzchowną, wreszcie w instytucie radowym fundacji Curie pod dyrekcją prof. Regaud'a a także w mniejszych oddziałach szpitalnych i „centrach“ przeciwrakowych widzieć można współczesne metody stosowania radu.

Pracownie francuskie dają niewątpliwie dużo korzyści. Poznaje się sposoby badania i interpretacji różniące się niekiedy od tego, czego uczy szkoła niemiecka. Należyte jednak wykorzystanie czasu wymaga znajomości przynajmniej zasadniczych z radjologji, gdyż wartkie tempo pracy nie pozwala na objaśnianie rzeczy elementarnych.

Radjologja francuska pozostaje w ścisłej łączności i współpracy z kliniką; od radjologa wymaga się jak najbardziej obszernego wyszkolenia klinicznego, które uchroni go niejednokrotnie od błędnej interpretacji obrazów rentgenologicznych i pozwoli na rozumne i oparte na obserwacji chorego i choroby, stosowanie lecznicze energji promieniotwórczej. To też po okresie dotychczasowej centralizacji tj. stwarzania centralnych oddziałów rentg. przychodzi we Francji reakcja i niewątpliwie słuszna. Coraz częściej tworzą się mniejsze pracownie przy oddziałach klinicznych i to zarówno zaopatrzone w doskonałe aparaty terapeutyczne jak i diagnostyczne. Pracownie te odznaczają się dużą ruchliwością, gdyż jedynie wspólna praca rentgenologa i klinicysty może dawać korzyści. Bardzo często klinicyści zajmują się rentgenodiagnostyką a nawet terapją. Rentgenologją serca zajmuje się prof. Vaquez i Bordet, dalej prof Lian i Aubertin. Rentgenologja płuc wysoko stoi u prof. Sergenta, który sam zajmuje się rentgenologją płuc (klinicysta). Chirurg prof. Duval, Moutier zajmują się przewodem pokarmowym, przy współpracy Béclera.

PORADNIK JĘZYKOWY.

Dr. M. ZWEIGBAUM, bibljotekarz Tow. Lek. Warsz. Warszawa.

Nieco o błędach językowych w pismach i dziełach lekarskich.

Przedruk z „Nowin społeczno-lekarskich“, rocznik II, zeszyt I. z r 1928.

W pierwszym rzędzie, w drugim rzędzie, w pierwszej linji.

Często nasi pisarze lekarscy, ulegając wpływowi niemczyzny, posługują się wyrażeniami: w pierwszym rzędzie, w drugim rzędzie, w pierwszej linji, jako dosłownem tłómaczeniem wyrażeń niemeickich: „in erster Reihe“, „in zweiter Reihe“, „in erster Linie“, które zamiast określać w rzeczywistości działanie lub wykonanie czegoś w kolei miejsca, służą stale do określenia tych czynności w kolei czasu. Jest to właściwość, a raczej nielogiczność języka niemieckiego. W języku polskim strzec się powinniśmy tego rodzaju błędów, skoro mamy pod ręką wyrazy rodzime: przedewszystkiem, nasamprzód, następnie i głównie, doskonale określające pierwszeństwo co do czasu, w którym pewna czynność jest wykonywana lub ma być wykonana, alboteż ważność działania lub wykonania.

Oto przykłady błędnego posługiwania się u nas wyrażeniami: „w pierwszym rzędzie“, „w drugim rzędzie“, „w pierwszej linji“.

„*W pierwszym rzędzie* zrozumieć muszą wpływowe czynniki, że stan lekarza musi pozostać wolnym zawodem“ (zamiast: Przedewszystkiem wpływowe czynniki zrozumieć muszą, że stan lekarza musi pozostać wolnym zawodem).

W pierwszym rzędzie rozchodziłoby się o zniesienie grup ubezpieczeniowych (zamiast: Przedewszystkiem rozchodziłoby się o zniesienie grup ubezpieczeniowych).

„Postępowanie powyższe, przewidując *w pierwszym rzedzie* pośrednictwo Delegata we wszystkich sprawach sanitarnych... zamierza do zapobieżenia... nieporozumieniom między zainteresowanemi władzami“ (zamiast: Postępowanie powyższe, przewidując przedewszystkiem pośrednictwo Delegata we wszystkich sprawach sanitarnych...).

„Każdy przypadek porodu przy (!) miednicy ścieśnionej należy indywidualizować i myśleć *w pierwszym rzedzie* o możliwości porodu siłami natury“ (zamiast: Każdy przypadek porodu w miednicy ścieśnionej należy indywidualizować i myśleć przedewszystkiem o możliwości porodu siłami natury).

„Przy (!) wymiarze prostym wchodu miednicy małej poniżej 7 cm, przy (!) płodzie normalnej wielkości nie spodziewamy się porodu korzystnego *w pierwszym rzędzie* dla dziecka“ (zamiast: Wobec prostego wymiaru wchodu miednicy małej poniżej 7 cm, wobec płodu wielkości normalnej nie spodziewamy się porodu korzystnego przedewszystkiem dla dziecka).

„Chodzi *w pierwszym rzędzie* o to, aby dzieci zakażone wyeliminować ze zbiorowisk (ognisk jaglicy)“ zamiast: Chodzi przedewszystkiem o to aby dzieci zakażone wyeliminować ze zbiorowisk).

„Ze sposobów leczniczych leukoplakji zaleca autor *w pierwszym rzędzie* bezwzględne unikanie drażnienia błony śluzowej jamy ustnej i gardła...“ (zamiast: Ze sposobów leczniczych leukoplakji autor zaleca przedewszystkiem bezwzględne unikanie i t. d.).

„W pierwszym rzędzie zainteresowały nas chemiczne wydzieliny części pochwowej“ (zamiast: Przedewszystkiem zainteresowały nas chemiczne wydzieliny części pochwowej).

„Wprowadzenie na tory naukowe sprawy odżywiania, a więc pokarmów, nastąpiło dopiero w pierwszej połowie XIX-go wieku, dzięki *w pierwszym rzędzie* pracom Magendie‘go i Liebig‘a“ (zamiast: ...dzięki przedewszystkiem pracom Magendiego i Liebiga).

„Wzmożone ciśnienie płynu... wywołując *w pierwszym rzędzie* rozdęcie miedniczki nerkowej i części moczowodu, powyżej kamienia leżącej, wywiera zgubny wpływ na brodawki nerkowe“ (zamiast: Wzmożone ciśnienie płynu... wywołując przedewszystkiem rozdęcie miedniczki nerkowej i t. d.).

„W myśl tej instrukcji książka pisana jest *w drugim rzędzie* dla praktykujących już położnych“ (zamiast: W myśl tej instrukcji książka pisana jest następnie dla praktykujących już położnych).

„ Wówczas (!) *w pierwszym rzędzie* wchodzi w rachubę pokarm innej kobiety, a *w drugim* dopiero, gdy nie można zdobyć takowego (!), mleko krowie“ (zamiast: Wtedy naprzód wchodzi w rachubę pokarm innej kobiety, a następnie dopiero, gdy nie można go zdobyć — mleko krowie).

„W pierwszym rzędzie gra ona (krew) niezmiernie ważną rolę w odżywianiu wszystkich komórek całego ciała“ (zamiast: Naprzód gra ona niezmiernie ważną rolę w odżywianiu wszystkich komórek całego ciała).

„W drugim rzędzie głównie krew spełnia zadanie obrony ustroju ludzkiego przed (!) zarazkami chorobotwórczemi“ (zamiast: Następnie głównie krew spełnia zadanie obrony ustroju ludzkiego od zarazków chorobotwórczych).

„W pierwszym rzędzie (autorowie) przytaczają kilka historji chorób, gdzie mimo dobrego ucisku (sztucznej odmy) gorączka nie opadała“ (zamiast: Przedewszystkiem przytaczają kilka historyj chorób, w których mimo dobrego ucisku gorączka nie opadała).

„Nasze (!) pięć uniwersytetów corocznie wydaje około 400 do 500 młodych lekarzy, którzy *w pierwszej linji* będą się garnąć do Kas Chorych“ (zamiast: Naszych pięć uniwersytetów corocznie wydaje około 400 do 500 lekarzy, którzy przedewszystkiem będą się garnąć do Kas Chorych).

„Prawidłowy i regularny przebieg menstruacji zależy *w pierwszej linji* od jajnika“ (zamiast: ...zależy głównie od jajnika).

„W pierwszej linji można mówić o samoistnej poprawie, jaka się widuje w otosklerozie“ (zamiast: Głównie można mówić o samoistnej poprawie, jaką się widzi w otosklerozie).

Ostrzegać lub przestrzegać przed kim, przed czem, ostrzec przed kim, przed czem. Lek lub obawa przed kim, przed czem. Przestroga przed czem.

Dość często w drukach lekarskich natknąć się można na naśladownictwo zwrotów obcych w wyrażeniach: o s t r z e g a ć l u b p r z e s t r z e g a ć przed kim, przed czem, s t r z e c przed kim, przed czem, l ę k lub obawa przed kim, przed czem, p r z e s t r o g a przed czem. Po polsku mówić należy: ostrzegać lub przestrzegać o kim, o czem, strzec od kogo, od czego, lęk lub obawa kogo, czego, przestroga o czem; często zaś to p r z e d należy zastąpić zdaniem omawiającem, np.:

„Zarząd Okręgu Łódzkiego *ostrzega* kolegów *przed* wszelkiego rodzaju pertraktacjami z Zarządem Kasy Chorych w Tomaszowie Mazowieckim“ (zamiast: Zarząd Okręgu Łódzkiego ostrzega kolegów, aby nie wchodzili w żadne pertraktacje z Zarządem...).

„Ostrzega się kolegów *przed* objęciem pracy w Kasie Chorych (w Radomsku) bez porozumienia się ze Związkiem Lekarzy obwodu Radomskiego“ (zamiast: Ostrzega się kolegów, aby nie obejmowali pracy w Kasie Chorych...).

„Ze względu na dobre wyniki takiego postępowania *przestrzega* autor *przed* zabiegiem chirurgicznym“ (zamiast: Ze względu na dobre wyniki takiego postępowania, autor przestrzega o niebezpieczeństwie zabiegu chirurgicznego).

„Nadewszystko *przestrzega* (autor) *przed* używaniem ich (kąpieli) bez porady“ (zamiast: Nadewszystko przestrzega o niebezpieczeństwie używania ich bez porady).

„...Dlatego *przestrzega przed* stosowaniem przetaczania w tych przypadkach, gdzie (!) można wykazać choćby najmniejsze zmiany w nerkach“ (zamiast: ...Dlatego przestrzega o niebezpieczeństwie stosowania przetaczania krwi w tych przypadkach, w których można wykazać choćby najmniejsze zmiany w nerkach).

„Przestrzegam przed natłuszczaniem skóry poprzednio wazeliną“ (zamiast: Przestrzegam, by nie natłuszczano uprzednio skóry wazeliną).

„Winter i jego szkoła, stojąca na stanowisku, że poronienia gorączkowe są najczęściej pochodzenia sztucznego... *przestrzega przed* czynną interwencją“ (zamiast: ...przestrzega o niebezpieczeństwie czynnej interwencji).

„Henoch wyraźnie *przestrzegał przed* raptownem zagajaniem rozległych moknących wyprysków u dzieci“ (zamiast: Henoch wyraźnie przestrzegał o niebezpieczeństwie raptownego zagajania rozległych wyprysków moknących u dzieci).

„Dlatego należy niemowlę *strzec* bardzo starannie *przed* zarażeniem się tą chorobą (krztuśćcem)“ (zamiast: Dlatego należy niemowlę strzec bardzo starannie od zarażenia się tą chorobą).

„Nurtuje mu (choremu) w głowie to syfilofobja, to *obawa przed* chorobą Aran-Duchenea względnie *przed* obiema razem“ (zamiast: Nurtuje mu w głowie to syfilofobja, to obawa choroby Aran-Duchenea, alboteż obu razem).

„Następnie omawia (autor) kwestje niebezpieczeństwa przedmuchiwania trąbek i uważa *obawy przed* stosowaniem tego zabiegu za nieuzasadnione“ (zamiast: Następnie omawia kwestję niebezpieczeństwa przedmuchiwania trąbek i uważa obawy stosowania tego zabiegu za nieuzasadnione).

„Kol. . . . . zaproponował w omawianym przypadku naświetlanie jajnika, poczem po pierwszej serji z *obawy przed* zniszczeniem tkanki jajnikowej zastosowano naświetlanie śledziony“ (zamiast: ...poczem po pierwszej serji z obawy zniszczenia tkanki jajnikowej zastosowano naświetlanie śledziony).

„Ciąża w przedstawianym przypadku jest pożądana, chora widziała w domu porody, przeto *obawa przed* niemi powinna być obca (?)“ (zamiast: ...chora widziała w domu porody, przeto obawa porodu powinna być jej obca).

„Do drugiej grupy należą przypadki, w których długotrwałe, głębokie życzenie chorej mieć dziecko lub też *lęk przed* zajściem w ciążę stanowią odmienny stan psychiczny, który prowadzi do ciąży urojonej“ (zamiast: ... lub też lęk, aby nie zajść w ciążę...).

„Często tylko *lęk przed* ciążą powstrzymuje dziewczęta od zbyt lekkomyślnych kroków“ (zamiast: Często tylko lęk ciąży powstrzymuje dziewczęta...).

„Przestrogi przed używaniem wanny po jedzeniu“ zamiast: Przestrogi używania wanny po jedzeniu).

HIGJENA I WYCHOWANIE FIZYCZNE.

Doc. Dr. N. GĄSIOROWSKI. Lwów

O zasadniczych metodach bakterjologicznego badania wody.

Z Państwowego Zakładu Higjeny, Filja Lwów.

Dokończenie.

Badanie jakościowe.

Celem bakterjologicznego badania jakościowego jest stwierdzenie, czy woda jest zakażoną t. j. czy zawiera drobnoustroje chorobotwórcze.

Tam gdzie chodzi o wodę do picia, użytku domowego i wyrobu środków spożywczych główną uwagę należy zwrócić na zarazki pochodzące z przewodu pokarmowego, jak prątki grupy tyfusowej, czerwonkowe i mętwiki choleryczne. Z pośród innych drobnoustrojów chorobotwórczych przedostają się one do wody najczęściej i to albo przez zanieczyszczenie odchodami ludzkimi wprost z zewnątrz, lub pośrednio drogą niesprawnie działającego filtra naturalnego lub sztucznego.

Wykrycie drobnoustrojów chorobotwórczych zależy w pierwszym rzędzie od zdolności utrzymania się ich przy życiu w wodzie, następnie od ilości zarazków i od czasu, jaki upłynął między zakażeniem a rozpoczęciem badania. Stwierdzenie n. p. mętwików cholerycznych nie przedstawia większych trudności, ponieważ mogą one przez dłuższy czas żyć a nawet rozwijać się w wodzie wśród naturalnych warunków a równocześnie okres wylęgania choroby jest krótki. Przeciwnie wykrycie prątków z grupy tyfusowej i czerwonkowej natrafia już na poważne przeszkody. Drobnoustroje te nie rozwijają się w wodzie i stosunkowo szybko obumierają, równocześnie okres wylęgania się choroby jest tak długi, iż zanim wystąpią wyraźne objawy chorobowe, bardzo często w wodzie podejrzanej o zakażenie już brak zarazków.

Pozostaje więc droga pośrednia, mianowicie badanie obecności drobnoustroju, któryby stale w większej ilości przebywał w tre-

ści jelitowej i przez dłuższy okres czasu utrzymywał się w wodzie, aniżeli najczęściej występujące drobnoustroje chorobotwórcze przewodu pokarmowego, nie zmieniając swych cech charakterystycznych. Drobnoustrojem tym jest prątek okrężnicy a stwierdzenie jego obecności w formie typowej jest doborowym wskaźnikiem zanieczyszczenia wody kałem ludzkim lub zwierzęcym. Z bakterjologicznego punktu widzenia badanie więc w kierunku zawartości prątka okrężnicy posiada zasadnicze znaczenie przy ocenie higjenicznej wartości wody.

Cechy charakterystyczne dla prątka okrężnicy podzielić można na:

a) stale występujące jak: brak zarodników, Gram ujemny, zdolność rozmnażania się w szerokich granicach poniżej i powyżej 37° C, nierozpuszczanie żelatyny, fermentacja kwaśna i gazowa cukru gronowego, mlekowego i mannitu, ścinanie mleka i zdolność redukowania czerwieni obojętnej;

b) prawie stale występujące, jak zdolność poruszania się, wytwarzania indolu i rozkład cukru trzcinowego.

Opierając się na powyższych danych można zapomocą odpowiednich metod wyróżnić prątki okrężnicy z pośród innych zawartych w wodzie.

I. Jakościowe i ilościowe badanie prątka okrężnicy.

1. Próba orjentacyjna. Do flaszeczek z rurką Durhama zawierających po 25 ccm skoncentrowanej pożywki Bulira dodaje się wyjałowioną pipetą czem raz mniejsze dawki wody badanej mianowicie:

do I flaszeczki	.	50 ccm wody badanej	
do II flaszeczki	.	25 ccm wody badanej	+ 25 ccm wody jałowej
do III flaszeczki	.	10 ccm wody badanej	+ 40 ccm wody jałowej
do IV flaszeczki	.	1 ccm wody badanej	+ 49 ccm wody jałowej

Po ostrożnem zmieszaniu płynów wstawić flaszeczki do cieplarki o 45° C.

a) Jeśli po 24 godzinach pożywka ulegnie zmętnieniu i przyjmie barwę kanarkową z fluorescencją zielonawą a równocześnie wystąpi fermentacja gazowa, wynik próby przyjmuje się jako przypuszczalnie dodatni i przystępuje się do dalszego badania w celu ustalenia rozpoznania:

b) jeśli po 24 godzinach nie wystąpią powyżej opisane zmiany, flaszeczki pozostawia się w cieplarce na dalsze 24 godziny

c) jeżeli po 48 godzinach wystąpi zmętnienie, kanarkowe zabarwienie pożywki i fermentacja gazowa wykonuje się dalsze badanie w celu ustalenia rozpoznania;

d) w próbkach nie wykazujących po 48 godzinach zmian podanych można stanowczo wykluczyć obecność prątka okrężnicy.

2. Ustalenie rozpoznania.

Materjał z próby orjentacyjnej a) i c) przeszczepić na płytki Conradi Drygalskiego i Endo. Kolonje wyrosłe po 24 godzinach, względnie po 48 godzinach odpowiadające typowym dla prątka okrężnicy (czerwono-różowe na Conradi-Drygalskim, barwy fuksynowej z metalicznym połyskiem na Endo) przeszczepić na agar skośny i pozostawić przy 37° C.

Rozpoznanie prątka okrężnicy pochodzącego z zanieczyszczenia wody odchodami ludzkimi lub zwierzęcymi nie ulega wątpliwości, jeśli:

a) w pożywce Bulira do 48 godzin przy 45° C wystąpi zmętnienie, fermentacja gazowa, zmiana barwy na kanarkowo-żółtą z fluorescencją zielonawą a po dodaniu 1 ccm alkalicznej nalewki lakmusowej na 10 ccm hodowli wystąpi zabarwienie czerwone;

b) w preparatach z hodowli agarowej stwierdzi się obecność prątków bez zarodników i niebarwiących się Gramem.

Brak którejkolwiek z cech wymienionych (I. 2 a, b) wyklucza obecność prątka okrężnicy pochodzącego z zanieczyszczenia wody odchodami ludzkimi lub zwierzęcymi.

3. Wobec użycia czem raz mniejszych dawek wody badanej (patrz: Próba orjentacyjna) można zapomocą tej metody równocześnie oznaczyć aproksymatywnie ilość prątków okrężnicy.

Do ilościowego oznaczenia nadaje się tylko woda świeżo pobrana, lub przechowana w puszce lodowej.

II. Drobnoustroje chorobotwórcze.

Wykrycie zarazków w wodzie — z wyjątkiem mętwików cholerycznych — należy do zabiegów trudniejszych i często zawodzi z powodów poprzednio wspomnianych.

Ogólna zasada polega na wyłowieniu zarazków z większej ilości wody badanej. Stosunkowo najlepsze wyniki zyskuje się drogą filtrowania przez sączek porcelanowy; metody strącania i skłaczkowania są mniej pewne i niedogodne.

Do 100 ccm wody dodać nieco ziemi okrzemkowej i wyjałowić w zlewce, lub kolbie Erlenmeyera o szerokiej szyjce; po włożeniu jałowego sączka Berkefelda wodę przefiltrować tak, by na powierzchni jego wytworzyły się osłonka z ziemi okrzemkowej; sączek zanurzyć w butli z wodą pobraną do badania, a po przefiltrowaniu kilku litrów wyjąć i opłukać w kilkunastu ccm wyjałowionego rozczynu fizjologicznego soli kuchennej z osłonki okrzemkowej. Płyn odwirować a osad — jak każdą próbkę pobraną u chorego — zbadać bakterjologicznie w wytkniętym kierunku.

Jedynie przy podejrzeniu cholery sposób badania jest znacznie uproszczony, ponieważ przez dodanie macierzystego rozczynu wody peptonowej wprost do wody badanej w stosunku 1 : 10 zyskuje się doborową pożywkę dla mętwików.

III. Pożywki i odczynniki.

1. Agar Endo. 1000 gr mięsa wolego po usunięciu tłuszczu i po dodaniu 2000 ccm wody pozostawić przez 24 godziny, poczem przecedzić przez płótno i wydusić. Na 1000 ccm wyciągu dodać 10 gr peptonu, 5 gr chlorku sodowego i 30 gr agaru; wstawić do autoklawu na 1 godzinę przy 120° C, zalkalizować 7,7 — 8,0 PH. ochłodzić do 60° C i dodać piany ubitej z 1 białka kurzego w 50 ccm wody; dokładnie zmieszać, wstawić na 30 minut do autoklawu przy 120° C; przesączyć na gorąco przez płótno i watę nieodtłuszczoną; skoregować odczyn do 7,7 PH porozlewać po 100 ccm do flaszek i wyjałowić przez 20 minut przy 120° C.

Przed użyciem:

przygotować 10% rozczyn fuksyny zasadowej w 95% alkoholu, który po upływie godziny należy przesączyć;

w jałowej probówce rozpuścić i zagotować 1 gr cukru mlekowego w 10 ccm wody przekroplonej; rozpuścić 0,25 gr siarczynu sodu w 10 ccm wody jałowej przy lekkiem tylko ogrzaniu;

obecnie do siarczynu sodu dodać 0,5 ccm rozpuszczonej fuksyny, przelać do rozczynu cukru mlekowego, następnie do 100 ccm rozpuszczonego agaru; dokładnie zmieszać i wylać płytki.

2. Pożywka Conradi-Drygalski. 1500 gr mięsa końskiego po usunięciu tłuszczu posiekać i po dodaniu 2000 ccm wody pozostawić przez 24 godziny, poczem przez płótno przecedzić i wydusić. Na 1000 ccm wyciągu dodać 10 gr peptonu, 10 gr dokładnie roztartej nutrozy, 5 gr chlorku sodowego i 30 gr agaru; wstawić do autoklawu na 1 godzinę przy 120° C; zobojętnić (PH 7,0), ochłodzić do 60° C i dodać piany ubitej z 1 białka kurzego w 50 ccm wody; dokładnie zmieszać, wstawić na 30 minut do autoklawu przy 120° C przesączyć na gorąco przez płótno i watę nieodtłuszczoną, skoregować odczyn obojętny i wyjałowić przez 30 minut przy 120° C.

Równocześnie rozpuścić 0,4 gr azolitminy w 100 ccm wody przekroplonej i gotować na wolnym ogniu przez 10 minut; taksamo w drugiej kolbie rozpuścić 15 gr cukru mlekowego w 100 ccm wody przekroplonej i zagotować na wolnym ogniu przez 10 minut; oba płyny zmieszać i wlać do agaru oziębionego mniej więcej do 70° C. Skoregować odczyn do PH 7,0 dodać 2 ccm jałowego, 10% rozczynu sody bezwodnej i 10 ccm świeżo przyrządzonego rozczynu 0,1 gr fioletu krystalicznego w 100 ccm wody wrzącej. Po dokładnem zmieszaniu pożywkę rozlać do jałowych probówek i flaszek, następnie wyjałowić w parze bieżącej po 15 minut przez 3 dni bezpośrednio po sobie następujące. Wylane płytki powinne mieć barwę niebieską z odcieniem fioletowym.

3. Skoncentrowana pożywka Bulir'a. 1000 gr mięsa wolego po usunięciu tłuszczu posiekać i po dodaniu 2000 ccm wody pozostawić przez 24 godz., poczem przez płótno przecedzić i wydusić. Na 1000 ccm wyciągu dodać 25 gr peptonu i 15 gr chlorku sodowego; gotować 30 minut w parze bieżącej, zobojętnić (PH 7,0), ochłodzić do 60° C i dodać piany ubitej z 1 białka kurzego w 50 ccm wody; dokładnie zmieszać, wstawić do autoklawu na 20 minut przy 120° C; skoregować odczyn do PH 7,0 i po przesączeniu przez bibułę zwilżoną rozlać po 100 ccm do flaszek i wyjałowić przez 20 minut przy 120° C.

Tuż przed użyciem rozpuścić w probówce jałowej 3 gr mannitu w 10 ccm wody przegotowanej; w kolbce wyjałowionej przygotować 0,1% rozczyn wodny czerwieni obojętnej; probówkę i kolbkę pozostawić w parze bieżącej przez 30 minut, poczem do 100 ccm bulionu dodać pipetą jałową 2 ccm jałowego rozczynu czerwieni obojętnej i 10 ccm rozczynu mannitu. Pożywkę porozlewać jałową pipetą po 25 ccm do wyjałowionych flaszeczek z rurką Durhama i pozostawić w parze bieżącej przez 10 minut dla wypełnienia rurki płynem.

4. Nalewka lakmusowa. Do odczynu Bulira przygotować alkaliczną nalewkę lakmusową Kahlbauma; na 100 ccm nalewki dodać 2 ccm 4% rozczynu wodorotlenku sodu.

5. Macierzysta pożywka peptonowa. 1000 ccm wody, 100 gr peptonu, 100 gr chlorku sodowego, 1 gr azotanu potasowego i 2 gr krystalicznego węglanu sodowego gotować 30 minut w parze bieżącej, przesączyć przez bibułę zwilżoną; po rozdzieleniu do flaszek w ilości 100 ccm wyjałowić przez 20 minut przy 120° C.

IV. Przybory potrzebne do jakościowego badania.

Obok podanych przy badaniu ilościowem (III): cieplarka nastawiona na 45° C, flaszeczki wąskie, o pojemności 100 ccm z rurką Durhama czyli z małą probówką, która jest ułożona dnem do góry, sączki Berkefelda, butle szklane kilkulitrowe, gaza, płótno i wata nieodtłuszczona do przesączania.

Bakterjologiczna ocena wody.

Chcąc krytycznie ocenić bakterjologiczną wartość wody należy oprzeć się tak na wynikach ilościowego, jak jakościowego badania, które wzajemnie się uzupełniają i przyjąć jako zasadę, że na podstawie jednorazowego badania nie można wysnuwać wniosków o trwałej wartości wody.

Przed wydaniem opinji bakterjologowi - higjeniście musi być znany cel, do jakiego służy woda badana. Odmiennie przedstawiają się postulaty dla bakterjologicznej oceny wody przeznaczonej do picia, użytku domowego i wyrobu produktów spożywczych a wody odpływowej lub powierzchniowej. Również musi być dokładnie znane pochodzenie próbki wody badanej, warunki miejscowe wpływające na bakterjologiczny jej skład, jak również sposób pobrania i przesłania próbki.

I. Woda do picia, użytku domowego i wyrobu produktów spożywczych.

1. Woda zawierająca jakiekolwiek drobnoustroje chorobotwórcze nie nadaje się do użytku.

Ponieważ stwierdzenie chorobotwórczych drobnoustrojów we wodzie należy do trudniejszych zabiegów i często zawodzi, pozostaje droga pośrednia mianowicie badanie w kierunku obecności prątka okrężnicy.

Jakkolwiek prątek okrężnicy posiada zdolność zachowania we wodzie cech charakterystycznych przez dłuższy okres czasu, aniżeli niektóre drobnoustroje chorobotwórcze n. p. prątki durowe, czerwonkowe, mimoto ulega on również we wodzie, jako w nieodpowiedniem środowisku, stosunkowo dość szybko zwyrodnieniu i obumarciu. Wykazanie więc prątka okrężnicy o typowych cechach biologicznych zapomocą pożywki Bulira przy 45° C jest doborowym wskaźnikiem niezbyt dawnego zanieczyszczenia wody odchodami ludzkimi, względnie zwierzęcymi a temsamem możliwego jej zakażenia.

Na podstawie jakościowych i ilościowych wyników badań wspólnie ujętych można dopiero ocenić higjeniczną wartość wody pod względem bakterjologicznym.

W razie obecności prątków okrężnicy należy stwierdzić, czy obecność ich jest trwałą, lub czasową.

Woda, w której wykazuje się stałą obecność prątków okrężnicy, nie nadaje się do użytku, ponieważ jako stale względnie w krótkich przerwach zanieczyszczana odchodami ludzkimi albo zwierzęcymi, każdej chwili może uledz zakażeniu z powodu nieprawidłowego działania filtra naturalnego lub sztucznego, względnie innych wad zachodzących w technicznych urządzeniach wodnych.

Woda chwilowo zanieczyszczona, w której po sztucznem oczyszczeniu studni, filtra lub po samooczyszczeniu dalsze badania nie wykazują obecności prątka okrężnicy, nadaje się do użytku.

Ilość prątków okrężnicy, pochodzących z zanieczyszczenia wody odchodami ludzkimi lub zwierzęcymi, posiada znaczenie względne, ponieważ co najwyżej może być ona tylko wskaźnikiem, czy woda badana jest więcej, lub mniej zanieczyszczona, czyli bardziej lub mniej niebezpieczna dla zdrowia.

Przy jednorazowem, wstępnem badaniu próbnem na obecność prątka okrężnicy można przyjąć następujący szemat orjentacyjny:

	100 ccm	10 ccm	1 ccm	0·1 ccm	0·01 ccm
woda dopuszczalna, jeżeli	+*	—	—	—	—
„ możliwa „	+	+	—	—	—
„ podejrzana „	+	+	+	—	—
„ niebezpieczna „	+	+	+	+	—
„ b. niebezpieczna „	+	+	+	+	+

+* = dodatni wynik

O ile po należytem ujęciu wody dalsze badania wykażą obecność prątka okrężnicy, woda bez względu na ilość tych prątków nie nadaje się do użytku.

2. Woda nie zawierająca prątka okrężnicy jest tem lepszą, im zanieczyszczenie jej drobnoustrojami niechorobotwórczymi (roztocze wodne) jest mniejsze. Szemat Miquela może być wzięty pod uwagę dopiero po wynikach jakościowego badania t. j. po wykluczeniu obecności prątka okrężnicy (w. 1 ccm wody do 10 roztoczy — nadzwyczaj czysta, 10—100 bardzo czysta, 100—1000 czysta, 1000—10.000 średnio czysta, powyżej nieczysta).

Przy rozpatrywaniu wyników ilościowego badania należy uwzględnić, czy wodę wydobywa się stale lub czasowo i w jakiej ilości; następnie właściwości natury technicznej filtra, studni lub źródła.

Przy źródłach, filtrach sztucznych i studniach stale używanych nagłe zwiększenie się drobnoustrojów jest dowodem zanieczyszczenia pochodzącego wprost z zewnątrz, albo wskutek nieodpowiedniego działania naturalnych lub sztucznych warstw filtracyjnych.

Przy studniach używanych w przerwach ilościowe wahania są częste i nie uprawniają do wysnuwania jakichkolwiek wniosków.

O ile ujęcie studni lub źródła jest dobre, większa ilość drobnoustrojów zwraca uwagę na niedostateczną sprawność działania warstw filtracyjnych lub niedostateczną wydatność wody filtrującej się, wskutek czego przy silnem pompowaniu i następowej depresji drobnoustroje przedostają się z warstw powierzchownych do wody gruntowej.

Studnie nowe, niedostatecznie jeszcze opłukane, lub studnie rzadko używane mogą zawierać większą ilość drobnoustrojów mimo, iż woda gruntowa jest bez zarzutu.

3. Bakterjologiczna ocena wody i technicznych urządzeń wodnych może się opierać jedynie na wielokrotnie wykonanych badaniach, w ciągu dłuższego okresu czasu.

Przy centralnych urządzeniach należy dla ścisłej kontroli stale badać wodę bakterjologicznie w pewnych odstępach czasu, zależnie od rodzaju wody, sposobu jej oczyszczania, wydatności wodociągu t. t. p.

II. Woda powierzchowna, odpływowa, ściekowa po oczyszczeniu naturalnem lub sztucznem nie może zawierać drobnoustrojów chorobotwórczych.

Systematyczne badanie ilościowe może być miarą wartości sposobu oczyszczania.

Piśmiennictwo:

1) Amer. Publ. Health Association: Standart Methods for the examination of water and sewage, 1923. — 2) Barber: Journ. of Infeck. Dis: V. V: 1908: — 3) Bulir: Arch: i: Hyg: B: 62, 1907: — 4) Bürger B. Grundzüge der Trinkwasserhygiene, 1926. — 5) Ficker: Zeitschr. f. Hyg: u. Infektkr. B: 75. 1913. Hyg: Rundsch: 1904: — 6) Gärtner A.: Die Hygiene des Wassers, 1915, Klin. Jahrb. B: IX: — 7) Grünhut L.: Trinkwasser und Tafelwasser, 1920: — 8) Kaczyński St.: Zeitschr. i: Hyg: u: Infekt 1913: — 9) Kruse W.: Wayl Hand: d: Hyg: B: I, Abt. I: 1919: — 10) Mc Conkey: Journ of Hyg. V. VIII. 1908: — 11) Marmann: Zentrbl: f: Bakt: Or. B. 50, 1919: — 12) Mollieux P.: Analyse bakteriologique des eaux potables. 1925: — 13) Müller A.: Arb. a. d: Kais: Gesundhamt 47. 1914: — 14) Neisser M: - Klein W.: Hand. der mikrobiolog: Technik. Kraus-Uhlenhut 1924. — 15) Ohlmüller W. - Spitta O.: Die Untersuchung und Beurteilung des Wassers und des Abwassers, 1921: — 16) Spitta O. - Reichle K.: Handb. der Hyg: Rubner-Gruber-Ficker 1924: — 17) Spitta O.: Handb: der mikrobiologischen Technik, Kraus-Uhlenhuth: 1924: — 18) Vallet-Schüder: Ztschr. f. Hyg: u: Infektr: B: 42, 1903. — 19) Wilson: Journ. of Hyg. V. V. 1905: — 20) Prescott S: C: - Winslow C: E: Elements of water bacteriology 1924.

OCENY.

E. Terrien: *Précis d'alimentation des nourrissons.* Paris Masson et Cie Paris 1926. Wydanie 8°., str. 322. - *Précis d'alimentation des jeunes (du sevroge a dix ans)* 452 str., 8° ibid.

Według Bergeron noworodek ma mniej szans przeżyć 1 tydzień, niż 90-letni starzec, 1 rok niż 80-letni; taką jest śmiertelność we Francji, przyczyną zaś jej po największej części zaburzenia w odżywianiu. Autor podaje więc higjenę odżywiania dziecka zdrowego i chorego. Do 8 miesięcy powinno być żywione tylko mlekiem, później dokarmiane. Zasadą karmienia piersią, w pierwszym tygodniu tyle razy po 10 gr na 1 karmienie ile noworodek ma dni,

w następnych dodaje się po 10 gr przy każdem karmieniu co tygodnia, później po 10 gr więcej co miesiąca. Ilość posiłków 6 na 24 godzin. Od 5 miesiąca oblicza autor według szeregu formułek opartych na wadze ciała. Mleko matki nie zawsze odpowiada ustrojowi dziecka, może wywoływać zaburzenia. Wskazane są więc też karmienia mieszane i sztuczne. Autor omawia karmienie mlekiem krowiem rozcieńczenia jego, uzupełnienia i mieszanki. Odżywienie po 10—18 mies. (Morfon). Od 12 miesiąca pokarmy twardsze 5×, od 18 4× dziennie, jajo dozwolone, od 2 lat mięso.

W odżywianiu w stanach patologicznych omówiono hyper i hypoalimentację, poddano krytyce niemiecką próbę alimentarną (por. Terrien: *Le Romon de l'épreuve alimentaire — Arch. des Enfant 1920)*, tworząc typy zaburzeń: *intolérance lactée primitive, type floride, gastro-intestinal par, cachectique, anemipue*, wyodrębniając zaburzenia ostre wraz z intoksykacją *(les gastro-entéritis)* i ich specjalną terapję. Rozdziały V i VI zajmują stany zaburzeń przy opóźnionym wzroście i kile: VII typy odżywiania (węglowodanowy białkowy, mięszany): VIII podaje kontrolę stolców i szereg wzorów dla obliczeń ilości pożywienia według wysokości, wieku wreszcie schemat wykluwania się uzębienia.

Część druga zajmuje się odżywianiem dziecka do lat 10 i tu również posługuje się autor typami. Po określeniu zapotrzebowania wzrastającego ustroju oraz wartości kalorycznej pokarmów, ich przyrządzania i stosowania w stanach prawidłowych i chorobowych poświęcono wiele miejsce zagadnieniom awitaminoz, anafilaksji, idjosynkrazji, braku łaknienia, odtłuszczenia, atrophji i hypotrophji, kładąc wielką wagę i słusznie na czynniki wspierające odżywianie jak klimato-helio-balneo-myo- i proteinoterapję.

Książka napisana przejrzyście, oparta w przeważnej mierze na literaturze francuskiej, z prac niemieckich uwzględniono badania starsze.

Józef Fritz (Paryż).

Choroby płciowe u dzieci (Geschlechtskrankheiten bei Kindern, ein ärztlicher und sozialer Leitfaden für alle Zweige der Jugendpflege) wyd. A. Buschke i M. Gumpert. Berlin 1926, Str. 108, 8°, z 10 ilustr.

Dobry podręcznik dla opieki nad młodzieżą. Rozdziały kiła, wrzód miękki i rzeżączka mniej przynoszą dla lekarza, wiele jednak znajduje on w ustępach o stosunku chorób płciowych do zaburzeń psychicznych wieku dziecięcego i walce społecznej z niemi. Zestawienie zarządzeń władz niemieckich w tej sprawie oraz krótkie ale gruntowne zebranie odnośnej literatury zalecają tę książkę.

Józef Fritz (Berlin)

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Lekarz Kasy chorych, rok IV, nr. 28, za luty 1928: Nowe prądy w ubezpieczeniach społecznych. — Wolny wybór lekarza. — Kasy chorych w Rosji. — Trzeci zjazd Związku klasowego Kas chorych. Odezwa Związku lekarzy P. P. — Z Kasy chorych m. Warszawy.

Wiadomości weterynaryjne, rok X, tom VII, nr. 91 za luty 1928: W. Walkiewicz: Leczenie zakaźnego zapalenia naczyń chłonnych koni błękitem trypanowym i neosalvarsanem. — J. Kiszkiel: Rozporządzenie Prezydenta R. P. o zwalczaniu chorób zakaźnych wśród zwierząt a interesy gospodarcze Państwa. — A. Mackiewicz: Krytyczne uwagi o nowej ustawie weterynaryjnej. — Z. Szymanowski: W sprawie ustawy o zwalczaniu zaraźliwych chorób zwierzęcych.

Medycyna, rok II, nr. 9 z 3 marca 1928: K. Bujniewicz: Nowa teorja wytwarzania moczu. — St. Manczarski: Układ ran kłutych w przypadkach samobójstwa i zabójstwa. — G. Szulc: Cholera a wojna. — Wspomnienia pośmiertne: ś. p. Władysław Zahorski i ś. p. Józef Karpiński.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LV, nr. 10 z 4 marca 1928: Br. Koskowski: Destylacja olejków lotnych z roślin krajowych. Sprawy zawodowe. — 60-lecie Tow. aptekarskiego we Lwowie.

Przegląd dentystyczny, rok VII, nr. 9 za wrzesień 1927: L. Brennejscu: Złamania żuchwy. Nowy rodzaj szyny. — St. Kopczyński: Stan pomocy dentystycznej w szkołach Rzeczypospolitej Polskiej. — K. Haüpl: W sprawie przebiegu rozpoznania i leczenia przybrzeżnego zapalenia.

Przegląd dentystyczny, rok VII, nr. 10 za październik 1927: L. Brennejscu: Złamania żuchwy. Nowy rodzaj szyny (dok.). A. Fidler: Przyrząd do mierzenia siły żucia Dra Gustawa Habera.

Przegląd dentystyczny, rok VII, nr. 11 za listopad 1927: K. Szepelski: Torbiele korzeniowe.

Przegląd dentystyczny, rok VIII, nr. 1 za styczeń 1928: St. Radwan i L. Brennejscu: Złamania szczęki górnej i kości licowych.

Nowiny lekarskie, rok XL, zeszyt 4 z 15 lutego 1928: Z. Dziekiewicz-Czerniewska: Dietetyczne leczenie niedokrwności. — T. Kucharski: Dwa przypadki wrodzonego zwężenia tętnicy głównej. — T. Serafiński: O cardiazolu Knolla. — E. Wajs i H. Waserman: Rys historyczny rozwoju pojęć zasadniczych o kwasicy i alkalozie. — A. Kozieradzki: Pamiętnik prowincjonalnego lekarza (c. d.), (wydał A. Wrzosek).

Lekarz Polski, rok IV, nr. 3 z 1 marca 1928: W. Chodźko: Uzdrowotnienie wsi, jako zagadnienie państwowe. — W. Judym: Stanowisko lekarza w demokracji współczesnej. — S. Zajdeman: Kilka uwag o projektach walki z gruźlicą i chorobami wenerycznemi. — Z. Domański: Smutne cyfry. — M. Łażyński: Czy chory operowany powinien otrzymać protokół operacyjny? — Projekt rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o publicznej służbie zdrowia. — W. Jeżewski: Z Kas chorych, aktualne zagadnienie. — T. Kaszubski: Z organizacyj lekarskich — scalanie nie rozłam. — T. Makowski: Z powodu artykułu „Czy rozłam?“ w nr. 2 „Lekarza Polskiego“. — W. Jeżewski: Na dobrej drodze.

Zdrowie, rok XLIII, nr. 3 za marzec 1928: J. Polak: Od redakcji. — G. Szulc: Wychowanie higjeniczne w wojsku. — G. Majewska: Zniszczenie mieszkań, a głód mieszkaniowy.

Polski Czerwony Krzyż, rok IV, nr. 2 z r. 1928: A. Roszkowska: Praca w Oddziałach Warszawskiego Okręgu P. C. K. w r. 1927. — Fr. Białokur: Udział felczerów (cyrulików) w powstaniu styczniowem 1863 roku. — M. J. K.: W walce o zdrowe społeczeństwo. Alkoholizm. — J. Karbowski: Oświata pozaszkolna, jej cele, zadania, organizacja. — J. Foliet: Spotkanie (przekład z angielskiego).

Przegląd dermatologiczny, rok XXIII, nr. 1 z r. 1928: R. Bernhardt: Kilka uwag o łuszczycy. — S. Neumark: W sprawie etjologji i patogenezy liszaja czerwonego. — E. Sawicki: Działanie lecznicze preparatu bizmutowo-lipoidalnego w przebiegu kiły. — C. Ryll-Nardzewski: Śródskórne stosowanie szczepionki gonokokowej. — M. Nienicki: Postępujący samoistny zanik skóry. — S. Kapuściński: Pokrzywka krwotoczna i grupa plamic.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LV, nr. 11 z 11 marca 1928: Br. Koskowski: Destylacja olejków lotnych z roślin krajowych (c. d.). — Nowe leki. — Ś. p. prof. Jan Danysz. — Sprawozdania zawodowe.

Dziecko i matka, rok III, nr. 5 z r. 1928: F. Kruszewska: Bałwanki. — Z. M.: Kilka uwag o bajkach i baśniach. — St. Lewartowicz: Dziecko jako organizm czynny (dok.). — K. Ostachiewiczowa: Znaczenie studjów nad dzieckiem. — M. Czeska-Mączyńska: Dziecko i jego sen. — A. Nasiłowski: Lecznicze i wzmacniające działanie pobytu nad morzem na małe dzieci. — St. Kramsztyk: O żelazie. — Obiady dla dzieci.

Polski przegląd chirurgiczny, tom VI, zeszyt 4 z r. 1927: J. Golakowski: O nowotworach pierwotnych mięśni. — Z. Rapiport: O pierwotnych naczyniakach mięśni poprzecznie prążkowanych. — J. Dengel: O wolu na podstawie 2000 przypadków kliniki chirurgicznej U. J. w Krakowie. — M. Trawiński: W sprawie ostrego zapalenia trzustki jako schorzenia samoistnego oraz jako powikłania pooperacyjnego. — L. Gout: Przypadek podostrego ropnego zapalenia trzustki. — S. Laskownicki: Wrodzona niedomykalność ujść moczowodowych. — S. Laskownicki: O przeroście fałdu międzymoczowodowego. — B. Endelman: O brodawczakach miedniczki nerkowej. — J. Bohuszewicz: Przebicie się ropniaka osierdzia *(Empyema necessitatis pericardii)*. — J. Zaorski: Torbiel nadnercza. — I. K. Zaczek: Torbiel wrodzona przewodu żółciowego wspólnego. — T. Byszewski: Znaczenie morfologicznych zmian krwi w chirurgji (zestawienie poglądowe).

Polski przegląd radjologiczny, tom II, zeszyt IV z r. 1927: A. Elektorowicz i T. Zawodziński: Spostrzeżenia nad danemi fizjologji i anatomji macicy i trąbek na zasadzie hysterosalpingografiji. — Z. Stankiewicz: O tak zwanej chorobie Osgood-Schlattera *(Apophysitis tibiae)*. — A. Spiro i E. Pragier: O badaniu radjologicznem przetok szyjowych. — Krynski: Stosowanie lecznicze promieni Roentgena w chorobie Heine-Medin'a. — L. A. Dobrowolski: Znaczenie radu w leczeniu wysięków opłucnowych. — Alkiewicz: Uwagi w sprawie le-

czenia stanów zapalnych promieniami Roentgena i radu. — Z. Grudziński: W sprawie przypadku „wrodzonego braku główek obu kości ramieniowych" doktorów Kuklińskiego i Kaliny.

Polskie archiwum medycyny wewnętrznej, tom VI, zeszyt 1 z r. 1928: M. Błoch: Zasób zasad (rezerwa zasadowa) krwi w odmie piersiowej. — S. Cytronberg: Badania doświadczalne nad zawartością związków azotowych w żółci, wydzielanej w stanach azocicowych. — J. Itelson: Wpływ syntaliny na ustrój cukrzycowy. — J. Itelson i M. Kocen: Badania nad wahaniami frakcyj białkowych krwi w stanach fizjologicznych i patologicznych ze szczególnem uwzględnieniem wydolności wątroby. — A. Januszkiewicz: Nerka zastoinowa w stosunku do rozmaitych typów zastoinowych. — S. Kwaśniewski: Badanie kliniczne i doświadczalne nad zmianą typów paciorkowców. — F. Łukaszczyk: Zasób zasad we krwi nerkowo chorych i jego znaczene rozpoznawcze oraz rokujące. — S. Mossor: Przyczynek do znajomości mechanizmu odczynu adrenalinowego i stanów wstrząsowych. — I. Nussbaum i P. Oury: Przełomy żołądkowe pochodzenia kamicowego. — S. Pokrzewiński: Wartość porównawcza stałej Ambarda i próby fenolsulfoftaleinowej dla oceny sprawności czynnościowej nerek w chorobach tego narządu. E. Reicher i E. Apfelbaum: Badania czynnościowe wątroby. — K. Rożkowski: Zagadnienie bólu w świetle współczesnych badań i poglądów (zestawienie poglądowe).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo słowiańskie.

Wraczebnaja Gazieta.

Nr. 1. 1928 r.

Prof. E. Furman: *Dziecko jedynak — jako typ patologiczny.* Zagadnienie, dotyczące dziecka — jedynaka może być przedmiotem rozważania z punktu widzenia socjalnego, eugenicznego, pedagogicznego i wreszcie wyłącznie lekarskiego Autor dzieli się ciekawemi spostrzeżeniami, zebranemi w ciągu dwóch ostatnich lat odnośnie do 1038 dzieci, wśród których było „jedynakami" 134 chłopców i 163 dziewczynek. Za jedynaków uważał autor również takie dzieci, których rodzeństwo wyprzedzało je o 3½ lat lub też następowało po nich po takim czasokresie Procentowo jedynacy w jego zestawieniu stanowią 28,6%. W liczbach tych notował autor skrzętnie najrozmaitsze objawy zachwiania równowagi psychicznej, które powstrzymująco wpływały na fizyczny rozwój dziecka.

Wymieniając wiele ujemnych cech w budowie — jedynaków — zauważył autor, że dzieci takie z wielką trudnością znoszą jedną z pospolitszych chorób, którą jest koklusz, cechujący się u nich nader przewlecznym przebiegiem. Brak jak dotychczas ostatecznych wykresów statystycznych nie pozwala autorowi uważać pracy swojej za ukończoną, jednak na podstawie tego pobieżnego zestawienia twierdzi on z przekonywującą stanowczością, że czasy powojenne wytworzyły z podobnych jedynaków jednostki słabe i mało odporne, zupełnie prawie nie przystosowane do dzisiejszych warunków życia i stanowiące raczej ciężar dla rodziców jakoteż i dla społeczeństwa.

A. Doroszenko: *W sprawie rozpoznania bakterjologicznego gruźlicy.* Autor wydaje pochlebne świadectwo metodzie badania laseczek gruźlicy, podanej przez Lowensteina i Szimigostri.

P. Sadowski: *O skórnych osutkach w przebiegu grypy.* W ciągu ostatnich dwóch lat na 450 przypadków grypy w Leningradzie autor zauważył, iż u 6-ciu chorych wystąpiła wyraźna osutka. Przypadki te stały się przedmiotem uwagi autora, który podaje szczegółowe historje choroby owych 6-ciu chorych, pozostających w jego opiece przeszło miesiąc: w czasokresie tym, gdyby występująca u tych chorych osutka miała inne tło niż grypę wówczas musiałaby się z pewnością wszelka inna sprawa zakaźna należycie ujawnić. Autor zauważa, że ogólnym objawom grypy podobnie jak spostrzeganemu rumieniowi brakuje swoistych cech a szybkie pojawianie się osutki jak i znikanie jej nawet bez łuszczenia się upodabnia się pod wielu względami do „rumienia szczepionkowego", często występującego w przebiegu spostrzeżeń eksperymentalnych z teksyną łańcuszkowców.

Sołowjew: *Flora dwunastnicy w niektórych schorzeniach narządów trawiennych.* Bakterjologiczne badania autora, wykonane zapomocą zgłębnika dwunastnicowego potwierdziły, że w przypadkach zupełnego zdrowia zawartość dwunastnicy jest jałowa, natomiast w przypadkach chorobowych zawiera ona w nieznacznej ilości laseczki grammujemne, które wybitnie znowu rozmnażają się w przewlekłych nieżytach zwłaszcza jelita grubego. W długotrwałych zapaleniach woreczka żółciowego grammujemne laseczki bądź przeważnie gronkowce żółte dają się łatwo wyhodować z zawartości dwunastnicy. W przypadkach patologicznych wykazał autor, że nie zachodzi żaden stosunek ani związek między ilością drobnoustrojów w treści dwunastnicy a kwasotą żołądka, podobnie też nie ma żadnej korrelacji między ilością drobnoustrojów a trawieniem peptycznem. Szybkość z którą pobiera się zawartość dwunastnicy ustosunkowuje się wprost proporcjonalnie do zdolności wzrastania drobnoustrojów na pożywkach, z tym wyjątkiem, że w pewnych odstępach czasu treść dwunastnicy bywa niekiedy zupełnie jałowa, co przemawia za tem, że materjał przeznaczony do wyosobniania drobnoustrojów winno się pobierać z różnych okresów badania zawartości dwunastnicowej.

F. Dobromylski: *O częstości oraz przewodzie, dotyczącym krwotoków śmiertelnych w przebiegu gruźlicy płuc.* Znane fakty, ustalone już w polskim podręczniku prof. Sokołowskiego (przetłumaczonego również na język rosyjski) skłoniły autora do wyjaśnienia bezpośredniej przyczyny zgonu chorych na gruźlicę zmarłych z powodu krwotoków. Na ogólną liczbę 680 takich chorych po dokonaniu następowem na nich sekcyj autor zanotował 9 przypadków krwotoków śmiertelnych, co stanowi 1,32%. Porównawcze zestawienia danych sekcyjnych z materjałem klinicznym stwierdzają, że krwotoki w przebiegu gruźlicy płuc mogą występować w różnych jej postaciach oraz w różnych okresach. Jednakowoż najłatwiej zaznaczają się krwotoki śmiertelne w przebiegu rozpadowej gruźlicy, albowiem w ścianach jam zazwyczaj łatwo wykazać można nadżarte naczynia bądź obecność tętniaka. Przepełnienie krwią całego przewodu oddechowego oraz zamknięcie w następstwie tego wejścia do krtani stanowi 40% częstości zejścia śmiertelnego, w 56% przypadków śmierć następuje jako skutek zastanowienia czynności serca, występującego po znacznej utracie krwi.

Przypadek granuloma annulare. Opis dotyczy 2-letniej dziewczynki, u której na lewem przedramieniu stwierdzono zmianę skórną, wymienioną w tytule, która zupełnie ustąpiła po próbnem jej wycięciu dla badania histopatologicznego W przypadku omawianym zasługuje na wzmiankę fakt, że nie wykazano tu tła gruźliczego.

W. J. (Kulparków).

Piśmiennictwo angielskie.

American Journal of Obstetrics and Gynecology.

Vol. XIV. Nr. 1. 1927.

W. J. Dieckmann, R. I. Crossen (St. Louis, Mo.): *Przemiana materji i jej stosunek do leczenia wymiotów ciężarnych.* Wymioty ciężarnych są wynikiem zaburzeń w przemianie materji w ustroju ciężarnej, szczególnie w zakresie węglowodanów. Wszystkie objawy chorobowe, zmiany we krwi i w moczu, jakoteż subiektyne objawy podawane przez chore są następstwem wymiotów, głodu i dehydracji. Ostry przebieg wymiotów ciężarnych może powodować zmiany wartości CO_2 Ph i N. P. N; podobnie wartości NaCl mogą ulec znacznym zmianom.

Podawanie alkaljów jest szkodliwe. Doświadczenia wykazały, że śródżylne wstrzykiwanie insuliny z glukozą szybciej sprowadza poprawę, aniżeli sama glukoza.

Długotrwałe, uporczywe wymioty mogą być przyczyną znacznego wyniszczenia ciężarnej, a nawet mogą doprowadzić do śmierci. W tych przypadkach obdukcja nie wykazuje żadnych zmian chorobowych. Śmierć może więc być spowodowana przez zmiany chemiczno-fizyczne w komórkach ustroju.

Na podstawie 48 przypadków stwierdzają autorowie pomyślne wyniki leczenia za pomocą śródżylnego lub śródmięśniowego wstrzykiwania glukozy.

Zdaniem autorów systematyczne spostrzeżenia i badania przemiany materji i jej zaburzeń, zwłaszcza w zakresie węglowodanów, łącznie z poznaniem równowagi kwasowej, może się bardziej przyczynić do poznania etjologii, patologji i leczenia wymiotów ciężarnych, aniżeli wszelkie teoretyczne rozważania dotyczące wpływów toksycznych i zaburzeń czynności w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu.

W. P. Graves, G. van S. Smith (Boston Mass.): *Przypadek aneurysma cirsoideum uteri.*

L. A. Emge (San Francisco): *Dystokia spowodowana przez hemangioma (chorioangioma) łożyska.* Opisany przypadek jest potwierdzeniem teorji Alberta, ponieważ guz ograniczał się ściśle do żyły pępowinowej i nie posiadał komórek Langhansa, ani syncycjalnych. Guz ten jedynie z punktu widzenia teoretycznego może być uważany jako hemangioma lub fibrohemangioma łożyska lub żyły pępowinowej. Znaczenie jego polega na tem, iż guz taki może

powodować poważne zaburzenia i nieprawidłowości w czasie porodu i że może wpływać na rozwój płodu.

I. I. Kaplan (New York): *Ciąża bliźniacza po czasowem usunięciu miesiączki w następstwie leczenia raka piersi promieniami Roentgena.* Kastracja zapomocą promieni Roentgena kobiet poniżej 40 lat może nie być trwałą. Małe dawki promieni mogą działać pobudzająco na czynności jajników i przyczynić się do zajścia w ciążę. Działanie niszczące promieni może dotyczyć jedynie części jajek, zwłaszcza o ile kobieta jest młoda.

Płód znajdujący się w macicy pod wpływem naświetlań promieniami Roentgena ulega obumarciu.

H. Thoms (New Haven, Conn.): *Rozpoznanie miednicy krzywiczej za pomocą promieni Roentgena.* Roentgenogramy miednicy mogą być znakomitym środkiem pomocniczym w położnictwie. Ułatwiają one oznaczenie położenia główki płodu zwłaszcza w przypadkach nieprawidłowych, w których istnieje podejrzenie, że w czasie porodu wystąpią przeszkody ze strony kanału kostnego.

W. E. Welz, B. L. Lieberman (Detroit, Mich.): *Przypadek osteogenesis imperfecta u bliźniaków.*

W. Fr. Moore, I. St. Lawrance (Philadelphia, Pa.): *Opis i zalety aparatu służącego do stałej aspiracji endobronchialnej w przypadkach drgawek powikłanych obrzękiem płuc.*

D. D. Wyser, M. D. Mayer (New York, N. Y.): *Wywoływanie poronień w celach leczniczych za pomocą naświetlań promieniami Roentgena.* Wskazania, przeciwskazania, warunki i sposób naświetlania.

W. Sc. Pugh (New York, N. Y.): *Przypadek raka cewki u kobiety, leczony promieniami Roentgena.* Chora ta nie skończyła leczenia z własnej winy i zmarła na apopleksję w 3 mies. po opuszczeniu szpitala.

A. V. Friedrichs (New Orleans, La.) *Niezwykły przypadek gruźlicy narządu rodnego kobiecego.*

W. T. Black (Memphis, Tenn.): *Zakażenie miednicy.* Analiza 550 przypadków operowanych, ze szczególnem uwzględnieniem próby opadania czerwonych ciałek krwi.

Ph. I. Carter (New Orleans, La): *O pielęgnowaniu piersi w ciąży i powikłaniach występujących ze strony gruczołów piersiowych w ciąży.*

Fr. Freed (New York, City): *Przypadek vagitus uterinus.*

P. Titus, P. Dodds, E. W. Willetts (Pittsburgh, Pa.): *Wahania ilości cukru we krwi chorych na drgawki i stosunek tych wahań do drgawek.* Zdaniem autorów niewątpliwą przyczyną drgawek są zaburzenia w przemianie materji, a zwłaszcza w zakresie węglowodanów. Ciąża wywołuje bowiem obniżenie węglowodanów w ustroju matki. Wbrew ogólnemu przekonaniu hyperglykemia nie jest charakterystyczną dla ciąży. Systematyczne badania cukru we krwi pozwalają spostrzegać znaczne zmiany i wahania, występujące w stosunkowo krótkich odstępach czasu, których to zmian niema w prawidłowej ciąży. Drgawki występują zawsze w okresie hypoglykemji i można je porównać z drgawkami wywołanemi przez hypoglykemię insulinową. Skoro więc drgawki występują jako następstwo hypoglykemji leczenie drgawek insuliną samą lub z glukozą jest wręcz szkodliwe. Śródżylne wstrzykiwania hypertonicznych roztworów glukozy stanowi dziś niezwruszoną podstawę leczenia drgawek.

Nr. 2. 1927.

J. Hofbauer, I. K. Hoerner (Baltimore, Md.): *Stosowanie pituitryny na błonę śluzową nosa w celu wywołania czynności porodowej.* Opisawszy metodę stosowania pituitryny na błonę śluzową nosa (z rycinami), przytaczają autorowie własne spostrzeżenia kliniczne i dochodzą do wniosku, że postępowanie to ma wiele zalet, z których najważniejszą jest możność przerwania działania pituitryny w chwili wystąpienia zbyt silnych skurczów macicy. Metoda ta wymaga ostrożności i stałego dozoru, lecz daje dobre wyniki, gdyż w ciąży wywołuje czynność porodową. O ile czynność porodowa już się rozpoczęła, skurcze macicy stają się energiczniejsze. Wszystkie dzieci urodziły się żywe.

Fr. L. Adair, R. E. Scammon (Minneapolis, Minn.): *O przestrzeniach intraparietalnych (parient fontanelle) u noworodków i małych dzieci.* Dane statystyczne co do częstości, umiejscowienia, czasu trwania i kształtów tych przestrzeni, wraz z teorją ich powstawania i licznemi rysunkami w tekście.

J. M. Hemons, R. H. Fagan (Los Angeles, Calif.): *Waga dziecka i matki w czasie ciąży.* Dokładne uregulowanie diety w czasie ciąży ma znaczenie nietylko dla matki lecz i dla dziecka. Zwracając uwagę na odżywianie ciężarnych można uniknąć nadmiernej wagi płodu, co niewątpliwie wpłynie korzystnie na przebieg samego porodu, zwłaszcza w przypadkach będących na granicy niestosunku porodowego.

Również i dla matki odpowiednia dieta w czasie ciąży ułatwia powrót do prawidłowych stosunków po porodzie, szczególnie pod względem przemiany materji.

H. A. Miller, D. B. Martinez (Pittsburgh, Pa.): *Stosowanie wyciągów wątroby w zatruciach ciążowych.* Stosując wyciągi wątroby w przypadkach rozpoznanych lub podejrzanych na schorzenia nerek uzyskiwali autorowie jedynie symptomatyczną poprawę. W przypadkach *status praeeclampticus* leczenie to zapobiegało drgawkom. Wogóle we wszystkich zatruciach ciążowych występowała poprawa, z wyjątkiem tych przypadków, w których *nephritis* była przed ciążą.

Fr. C. Irwing (Boston, Mass.): *Sterylizacja przez pochwę, łącznie lub bez hysterotomii.* Opis operacji, wskazania, przeciwwskazania i warunki. Rysunki w tekście.

A. Bonner (Brooklyn, N. Y.): *Przypadek raka szyi macicy u 13-letniej dziewczyny.* Jest to trzeci w piśmiennictwie przypadek występujący u chorej poniżej 14 lat.

P. Titus, P. Dodds, (Pittsburgh, Pa.): *Ogólne przyczyny reakcyj występujących po śródżylnych wstrzykiwaniach roztworów glukozy (dextrozy) i sposoby zapobiegawcze.* Autorowie sądzą, że reakcje występujące po śródżylnych wstrzykiwaniach roztworów glukozy są wynikiem zasadniczych błędów, do których oni zaliczają: używanie niedość czystej glukozy, rozpoznanie jej w innych płynach zamiast w świeżo sterylizowanej wodzie, niedostateczne wyjałowienie przyrządów, za szybkie wstrzykiwanie zbyt zimnych i zbyt słabych roztworów.

W dalszym ciągu podane są dokładne przepisy postępowania.

W. Kerwin (St. Louis, Mo.): *Podwiązanie tętnic macicznych celem wstrzymania krwotoku w przypadkach przodującego łożyska.* Autor przytacza kilka przypadków, w których podwiązanie tętnic macicznych wstrzymało momentalnie krwawienie po porodzie. Również w przypadkach przodującego łożyska radzi autor podwiązać tętnice (nawet zapobiegawczo!), co sam wykonał kilkakrotnie z dobrym skutkiem, tem bardziej, że zabieg ten nie wpływa niekorzystnie na następne ciąże.

Sam zabieg jest prosty i można wykonać go nawet w prywatnem mieszkaniu, w paru minutach, bez obawy uszkodzenia lub równoczesnego podwiązania moczowodów. Zaletą tego postępowania jest możność ograniczenia wskazań do cięcia cesarskiego z powodu przodującego łożyska i zaniechanie wycięcia macicy w przypadkach niedających się niczem powstrzymać krwotoków poporodowych, a wreszcie zmniejszenie do minimum śmiertelności matek skutkiem krwotoków.

R. S. Siddall (Detroit, Mich.): *Znaczenie spraw zapalnych pępowiny.* Sprawy zapalne pępowiny występują często nawet w tych przypadkach, w których syfilis jest leczony i z tego powodu nie mogą mieć znaczenia rozpoznawczego dla zakażenia płodu. Zapalenie to nie występuje w przypadkach wyleczonych. Zwyczajnie oba końce pępowiny wykazują zmiany zapalne, bardziej jednak w kierunku łożyska. W przeważnej liczbie przypadków zapalenie spowodowane było przez bakterje. Obecność zapalenia pępowiny nie wpływa na rokowanie dla dziecka.

A. C. Williamson (Pittsburgh, Pa.): *Ciąża po wycięciu tarczycy.* Na podstawie licznych spostrzeżeń dochodzi autor do przekonania, że chore po wycięciu tarczycy nie powinny zajść w ciążę przed upływem 2 lat, nawet gdy nie mają żadnych objawów. Jeżeli jednak operowana zajdzie w ciążę wcześniej, niż po 2 latach, należy jej podawać jod, wyciągi tarczycy i sedativa. Aby ocenić poszczególny przypadek należy systematycznie badać przemianę podstawową. O ile ciężarna ma jeszcze objawy, które należy odnieść do tarczycy, nie można jej zapewnić zdrowego dziecka.

L. C. Scheffey (Philadelphia, Pa.): *Wartość próby cukrowej w rozpoznawaniu ciąży.* Na podstawie wyników dochodzi autor do wniosku, że próba cukrowa nie nadaje się jako środek rozpoznawczy ciąży.

S. R. Meaker (Boston, Mass.): *Nauczanie ginekologji.* Teoretyczne rozważania zalet metody nauczania ginekologji *ad casum.*

E. H. Greene (Atlanta, Ga.): *O przywróceniu czynności serca zapomocą masażu i adrenaliny.* Opis przypadku, w którym zabiegi te zostały uwieńczone pomyślnym wynikiem.

B. Lieberman (Detroit, Mich.): *Szczepienie kobiet ciężarnych i noworodków.* Nawet kilkakrotne szczepienie matek w czasie ciąży nie daje swoistej odporności noworodkom, gdyż 71% z nich wykazuje następnie odczyn dodatni. Z pozostałych 29% należy jeszcze odjąć przypadki, w których *virus* był za słaby, lub popełniono błędy techniczne.

Szczepienie matek odbywać się może w różnych okresach ciąży. Noworodki zaś należy szczepić począwszy od pierwszego dnia po urodzeniu.

Postępując w ten sposób autor miał b. dobre wyniki i dlatego radzi dla propagandy przeprowadzać te szczepienia systematycznie w zakładach i klinikach.

W. L. Benischek, M. Douglas (Cleveland, Ohio.): *Znaczenie próby opadania krwinek w ginekologji.* 250 prób z krwią ciężarnych i chorych ginekologicznie przekonało autorów, że próba

ta daje wartościowe wskazówki w całokształcie klinicznych badań, jakkolwiek z wyniku jej nie można wnioskować ani o odporności ustroju, ani też o rokowaniu. W braku gorączki i leukocytozy, próba ta może być pomocną w rozpoznawaniu zapaleń w miednicy i z małemi wyjątkami pozwala na ocenę rozległości i ciężkości sprawy zapalnej.

J. V. Meigs (Boston, Mass.): *Dobrotliwe krwawienia z macicy.* Spostrzeżenia kliniczne i leczenie przekonały autora, że oprócz macicy i jajnika istnieją inne przyczyny, powodujące krwawienie z macicy. Należą tu przypadki z zaburzeniami w tarczycy i to z powodu nadmiernej jakoteż niedostatecznej czynności tego gruczołu, *purpura hemorrhagica (Thrombopenia)*, a także i inne w których nie można wykryć istotnej przyczyny.

D. W. Montgomery, G. D. Culver (San Francisco, Cal.): *Lichen planus sromu kobiecego.* Wskazówki rozpoznawcze i lecznicze.

A. Heineberg (Philadelphia, Pa.): *Endometrioma septi recto vaginalis.* 2 przypadki wyleczone energją promieniotwórczą radu.

H. Dittrick (Cleveland, Ohio): *O guzach dobrotliwych należących do typu Xanthosarcoma.*

R. A. Wilson (Brooklyn, N. Y.): *Przypadek cięcia cesarskiego m. Porro, skutkiem zmian na szyi macicy.*

L. Dorsett (St. Louis, Mo.): *Przypadek pierścieniowego oderwania szyi, skutkiem przedłużającego się porodu u kobiety z miednicą ogólnie ścieśnioną.*

Fl. W. Rice (Des Moines, Iova.): *Przypadek granuloma inguinale, zakończony śmiercią.*

C. B. Ingraham (Denver, Colo.): *Przypadek fibromyoma pochwy.*

A. W. Jacobs (New York): *Dwa przypadki nowotworów złośliwych jajnika, leczone energją promieniotwórczą.* W przypadkach nowotworów złośliwych jajnika leczenie premieniami Roentgena może spowodować poprawę i przedłużyć życie. Zdaje się jednak że najlepsze wyniki otrzymuje się po leczeniu kombinowanem, za pomocą operacji i naświetlań.

L. S. Hall (Nashoille, Tenn.): *Przypadek septikemji skutkiem znieczulenia krzyżowego.*

Wiślański Lwów.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie Kliniczne w dniu 6 grudnia 1927 r.

Przewodniczący: prezes Prof. Br. Sawicki.

I. Kol. Freyówna Ł.: *Przypadek guza retrosplenialnego.* Prelegentka przedstawiła chorego l. 47 konstytucjonalnego eunuchoida, który obok szeregu objawów (zaburzenia czucia, ruchowe, zaburzenia mowy) neurologicznych, miewa napady padaczkowe. Odmą wykazano niedrożność komór, na wysokości zaś piramid widać długi podługowaty cień, którego dolny koniec znajduje się tuż za splenium, a górny zmierza ku płatowi potylicznemu w płaszczyźnie czołowej, przechodzącej tuż za nasadą piramid. Guz ten powoduje ucisk na szereg naczyń mózgu i daje przerost systemu żył nieuciśniętych.

II. Kol. Mikułowski Wł.: *Przypadki kiły wrodzonej u dzieci.* Prelegent pokazał 3 przypadki. W każdym z nich chodzi o kiłę utajoną, której dotychczas nie zauważono, bądź to wskutek braku podejrzeń w tym kierunku (I przyp.), bądź to wskutek tego, iż kiła dotychczas niczem nie dawała o sobie znać i dopiero przypadkowe zakażenie (2 przyp. żółtaczki epidemicznej) obudziło kiłę (w myśl teorji Hutinela, Gourgerota i Miliana).

III. Kol. Szymański Stefan: *O ambulatoryjnem leczeniu odmą sztuczną* (z pokazem chorych). Prelegent od dwóch lat stosuje w ambulatorjum pierwotną i powtórną odmę. Ogółem wykonał dotąd 996 insuflacji, w czem 77 pierwiastkowych. Wyniki zachęcające. Prelegent z naciskiem podkreśla trudności, z jakiemi jest połączone wykonywanie odmy w ambulatorjum i ustala warunki, w jakich można ją wykonywać. We wnioskach prelegent stwierdza, że 1) po b. starannem skwalifikowaniu chorych do odmy, 2) posiadając b. dużą wprawę, 3) zachowując jak najdalej idące ostrożności podczas wykonywania odmy i 4) mając starannie skompletowany aparat ratunkowy, leczyć odmą sztuczną w ambulatorjum stanowczo można.

W dyskusji 1) kol. K. Zieliński wypowiada się zdecydowanie zarówno przeciwko ambulatoryjnemu stosowaniu odmy, jak i przeciw zachęcaniu do takiego jej wykonania.

2) Kol. K. Dąbrowski podziela zdanie przedmówcy. Ponieważ istotą leczenia odmowego jest unieruchomienie płuca, odma ma wtedy wielką wartość, jeśli chory wypoczywa w szpitalu lub uzdrowisku w dobrych warunkach.

3) Kol. Skłodowski podziela zdanie dwóch przedmówców odnośnie do odmy pierwotnej. Dopełnienia ambulatoryjne są dopuszczalne i wykonywane. Mówca prosi o dane, dotyczące przebiegu choroby w czasie po odmie, również zarzuca autorowi brak danych o zgonach, o przerwanych odmach, jako bezcelowych, o powikłaniach odmy, zwłaszcza o wysiękach.

4) Kol. Bartoszek stwierdza, że w przychodni przeciwgruźliczej stosuje się tylko dopełnienia odmy.

5) Kol. Michalski Zdz. nie odnosi się tak negatywnie do poczynań prelegenta i wita je jako wskazywanie nowych możliwości leczniczych w gruźlicy płuc, zaznacza jednak, że odma, wykonywana nie w zakładach leczniczych, jest mniej wartościowa z braku kontroli nad stanami pogorszenia.

6) Kol. Szczepański mówi o spokoju, w jakim winien pozostać chory po odmie przez czas dłuższy. Przytacza przypadek fatalnego zejścia podczas reinsuflacji i podkreśla brak jakichkolwiek objawów zapowiadających możliwość katastrofy.

Mówcom odpowiadał kol. Szymański, podkreślając słuszność wszystkich zastrzeżeń czynionych z powodu jego inowacji, lecz wyjaśnia, że większość chorych, którzy doznali poprawy, zginęliby z braku innej pomocy.

Posiedzenie w dniu 20 grudnia 1927 r.

Przewodniczący: prezes Prof. Br. Sawicki.

I. Kol. M. Goldman (junior): *Badania kliniczne wpływu ergotaminy na układ roślinny* (ogłoszono drukiem).

II. Kol. Goldman (senior): *Wartość kliniczna próby ksantoproteinowej we krwi* (ogłoszono drukiem).

Klemens Gerner, sekretarz doroczny.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dnia 9 listopada 1927 r.

Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.

Obecnych 250.

Prezes Prof. Latkowski składa życzenia Prof. Rosnerowi z okazji Jego jubileuszu i podnosi zasługi, jako byłego prezesa Krak. Twa Lekarskiego i jako uczonego. Prof. Ciechanowski przemawia imieniem Wydziału lekarskiego i dziękuje przedewszystkiem Prof. Rosnerowi za to, że był łącznikiem między gronem lekarzy praktykujących a Wydziałem lekarskim. Doc. Zubrzycki składa życzenia Prof. Rosnerowi imieniem Krak. Tow. Ginekologicznego. Krak. Two Ginekologiczne żywi dużą wdzięczność dla Jubilata jako założyciela Twa, jakoteż zato wszystko co Jubilat dla Twa Ginekologicznego uczynił. Doc. Zubrzycki wręcza Prof. Rosnerowi dyplom członka honorowego. Płk. Dr. Korolewicz składa życzenia Prof. Rosnerowi imieniem lekarzy wojskowych.

Prof. Rosner prosi o zwolnienie go od odpowiedzi i wyraża podziękowanie Prezesowi Twa Lekarskiego i Twa Ginekologicznego, Dziekanowi Wydziału Lekarskiego, Pułkownikowi Korolewiczowi jakoteż zebranym Kolegom za złożone życzenia a następnie podkreśla swe przywiązanie do Twa Lekarskiego i Twa Ginekologicznego.

Następnie Prof. Rosner wygłasza odczyt p. t.: *„Przemiana materji a niepłodność"*. Prelegent omawia naprzód warunki w których roślina rozmnaża się wegetatywnie i inne, w których rozmnażanie odbywa się na drodze płciowej. Ten sam temat omawia odnośnie do zwierząt jednokomórkowych i niskich metazoów poczem przechodzi do omówienia warunków, w których tarło ryb odbywa się normalnie, wspomina o chorobach, które doprowadzają do zwyrodnienia lub zaniku ikry. Obszerny ustęp wykładu poświęca uwagom na temat płodności tucznych ras zwierząt domowych poczem dopiero przedstawia wpływ na płodność konstytucyjnej genotypicznej oraz bilansowej, fenotypicznej otyłości u kobiet.

Z zestawienia tego wyciąga wniosek, że istnieje wielkie prawo antagonizmu między anabolizmem i appozycją tłuszczu a rozmnażaniem się na drodze płciowej i twierdzi, że prawo to obowiązuje w całej żywej przyrodzie zarówno roślinnej jak i zwierzęcej.

W końcu zwraca uwagę na niezmierną doniosłość w znajomości konstytucjonalizmu dla lekarza wogóle a w szczególności dla ginekologa zajmującego się sprawą niepłodności.

W dyskusji zabierają głos:

Prof. Godlewski, który podkreśla, że wygłoszony wykład został ujęty tak jak to może uczynić tylko lekarz przyrodnik. Prof.

G. zapytuje jaką rolę odgrywa zjawisko korelacji w związku między anabolizmem a seksualizmem. Konstytucja jest wynikiem korelacji genicznej. W odczycie udowodniono, że wtedy, gdy anabolizm podnosi się czynności płciowe zostają zgniecione. Prosi o wyjaśnienie w tej sprawie. Prof. Godlewski podnosi, że u pierwotniaków w okresie depresji odgrywa między innemi rolę także autointoksykacja.

Kol. Glasner:

Prof. Prawocheński: W zootechnice kwestja niepłodności związana z tuczeniem była dawno znana. Nietylko jednak tuczenie odgrywa tu rolę lecz także i dobór osobników. Zwierzęta dzikie są mniej płodne niż domowe, gdyż nie dobierają się same. Istnieją pewne gatunki świń b. tucznych, które są przytem b. płodne. Należy zakreślić linję demarkacyjną między nienormalnemi warunkami otoczenia a genotypem. Bezsprzecznie daje się stwierdzić przeciwległość między płodnością a zdolnością do tuczenia. Jednakże może zwierzęta, które wykazują zdolność do tuczenia przeniesione w inne warunki byłyby zdolne do dużej płodności. Mówca podnosi znane badania, że płodność krów można zwiększyć przez specjalne warunki.

Prof. Siedlecki: Istnieje kontrast między płodnością a metabolizmem służącym do odkładania tłuszczu tak, że gromadzenie materjałów zapasowych może być przeciwne płodności. U pierwotniaków ulegają wydaleniu materjały zapasowe białkowate przed okresem rozpłodowym. Są zwierzęta, u których okres rozpłodowy jest poprzedzony głodowaniem ale przedtem zwierzęta te wybitnie odżywiają się. Prof. Siedlecki przytacza odpowiednie przykłady ze świata zwierzęcego. U niektórych owadów występuje przed okresem płciowym okres spoczynku.

Łosoś w czasie wędrówki swej traci dużo substancji mięśniowej a to tyle ile znajduje się w produktach rozrodczych. Nasuwa się przypuszczenie, czy wyzyskanie tych substancyj nie jest związane ze sprawą hormonów. W zmianie metabolizmu białkowego mamy coś co jest analogiczne do hormonów. Czy to nie pozostaje w związku z płodnością?

Doc. Szymanowicz stwierdza, że wnioski wynikające z odczytu Prof. Rosnera nie potrzebują poparcia. Niepłodność, którą spotyka się u indywiduów otyłych daje się doskonale leczyć. Trudniejsze jest natomiast leczenie niepłodności u osobników interseksualnych.

Doc. Zubrzycki podkreśla, że niepodzielną zasługą Prof. Rosnera jest zwrócenie uwagi na konstytucję zwłaszcza na konstytucję u kobiet. Nawet w odniesieniu do niepłodności sprawa konstytucji nie jest bez znaczenia. Działanie hormonów u niższych tworów nie zostało stwierdzone; hormony znaleziono u ryb.

Dr. Blassberg zauważa, że wyróżnianie w wykładzie Prof. Rosnera otyłości endo- i egzogenicznej jest dla niego niezrozumiałe albowiem w wykładzie swym Prof. Rosner zaznacza, że obydwa rodzaje apozycji tłuszczu odgrywają rolę w niepłodności.

Prof. Rosner zaznacza w odpowiedzi Prof. Godlewskiemu, że nie jest w stanie rozstrzygnąć, czy kobiety o konstytucji tucznej są mało płodne nawet wtenczas, kiedy są szczupłe a okazują tylko potencję do utycia. Sądzi jednak, że tak jest istotnie. Uwagi Prof. Prawocheńskiego są niewątpliwie słuszne. Wszystkie wysokie rasy produkują więcej jaj niż rasy dzikie lub pośrednie, jednak u ras tucznych jaja te ulegają łatwo zwyrodnieniu. W warunkach zewnętrznych szczególnie pomyślnych można jednak osobniki tych ras uchronić przed zwyrodnieniem jaj i płodność ich utrzymać. Co do kobiet to Prof. Rosner odniósł następujące wrażenie: Jeśli osobnik rasy tucznej tyje, czy jego przemiana materji jest na linji anabolicznej to w tym czasie płodność jego jest mała. Przeciwnie jeśli otyłe indywidjum traci na wadze to płodność jest większa. To samo odnosi się zresztą *(mutatis mutandis)* do kobiet fenotypicznie otyłych. Uwagi prof. Siedleckiego są b. interesujące i cenne. Istotnie u zwierząt o których wspomina, katabolizm może występować pod postacią utraty zapasów białkowych. U człowieka jednak zapasy te są małe i pilnie strzeżone a katabolizm atakuje przedewszystkiem wielkie zapasy tłuszczu.

Spostrzeżenie Kol. Szymanowicza co do trudności leczenia niepłodności osobników interseksualnych są zupełnie słuszne i potwierdzają teoretycznie wysnute wnioski Prof. Godlewskiego.

Uwagi Kol. Zubrzyckiego o hormonach ikry rybiej są ważne, gdyż chodzi tu o zwierzęta u których przemiana materji nie jest rządzona przez gruczoły wewnętrzno-wydzielnicze tak jak u człowieka i u zwierząt domowych. Niedomoga tych właśnie gruczołów jest podstawą konstytucjonalnej tuczności.

Na uwagi Kol. Glassnera odpowiada prelegent, że na stronę psychologiczną problemu nie zwracał uwagi, sądząc, że te badania stanowić by musiały pracę odrębną. Natomiast potwierdza przypuszczenia Kol. Glassnera, że nerwy wegetatywne a nie system autonomiczny jamy brzusznej jest u kobiet rasy tucznej często nieprawidłowy.

Uwagi Kol. Blassberga są o tyle słuszne, że rozróżnianie między otyłością konstytucjonalną a czysto bilansową niema ścisłych podstaw teoretycznych jednak dla celów praktycznych jest ta klasyfikacja pożądaną.

Posiedzenie z dnia 16 listopada 1927 r.

Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.

Obecnych 96.

Demonstracje: Dr. Kowalska przedstawia 2 przypadki *lens migrans*. Przypadki te odnoszą się do rodzeństwa z których dziadkowie i rodzice widzą dobrze, z 8-rga zaś rodzeństwa 3-je źle widzi. Chory lat 25 od dzieciństwa niedowidzi na oba oczy, od roku zaś zauważył pogorszenie wzroku. Bystrość wzroku: PO ruchy ręki na 30 cm sf + 16 D. LO liczy palce na 0.5 m sf + 14 D. Gałki oczne blade, rogówki przeźroczyste. P. K. b. głębokie. Tęczówki przy ruchach oczu żywo falują. W głębi oczu poza tęczówką widać soczewki małe przy ruchach gałki gwałtownie balotujące. Obie soczewki są zaćmione, na prawej pomimo żywych ruchów widać wyraźne zaćmienia przedniej torebki. Siostra tego chorego lat 21 zamężna, od dzieciństwa źle widziała, przed dwoma laty miała atak bólu na oku prawym i zaniewidziała na to oko zupełnie. Do kliniki przywieziona z powodu takiego samego ataku na lewym oku. W dniu przyjęcia badanie wzroku wykazało: prawe O., lewe oko palce 2 metry. Prawe oko było blade przedni odcinek gałki wypuklony ku przodowi. Dookoła limbus sklera zcieńczała jagodówka silnie przeświecająca wypukla się ku przodowi. P. K. b. głęboka. Rogówka przeźroczysta. Źrenica przesunięta ku górze, kształtu owalnego od góry zanik tęczówki. Na dnie oka widoczna mała soczewka zaćmiona pływająca przy ruchach gałki ocznej. Lewe oko: silnie nastrzyk. rzęs. od góry przy limb. sklera zaczynała wypuklać się ku przodowi. Rog. była przyćmiona. P. K. b. płytka. Soczewka przeźroczysta zwichnięta od dołu ku przodowi i uwięzgła w źrenicy tak, że tęczówka mocno ją ze wszystkich stron swym brzegiem obciskała. Tonometr wykazał pr. oko 15 mm Hg l. oko 60 mm Hg z powodu więc jaskry następowej wywołanej przez zatkanie źrenicy soczewką przeznaczono l. oko do operacji, której celem było wydobycie soczewki. Chora leżała już na stole operacyjnym i zaledwie wypłukano worek spojówkowy gdy pokazało się, że w tej chwili soczewka wyślizgnęła się z otworu źrenicznego i cofnęła się w głąb oka wobec tego odstąpiono od zabiegu operacyjnego. Po 3-ch dniach dokonano operacji wyjęcia soczewki. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidł. oko spokojne, rogówka przeźroczysta P. K. głęboka. Prawe oko O. lewe liczy palce pół metra — plc. 3 m. sf. — 9 D. Cyl mp. SN. 2, SN — 13 D. Tonus lewe oko 28 mm.

W dyskusji zabiera głos: Prof. Majewski, który zachęcił Kol. Kowalską do przedstawienia tych przypadków nietylko dlatego, że ektopia lentis należy do zjawisk stosunkowo rzadkich ale i dlatego, aby zwrócić uwagę, że soczewka wędrująca jest w oku b. niepożądanym i niebezpiecznym lokatorem. I tak widzimy, że przedstawiona chora już wzrok jednego oka dawno straciła niepowrotnie wskutek jaskry następowej wywołanej ektopią soczewki i byłaby teraz tak samo oślepła na drugie oko, gdyby się jej uwięzłej soczewki ze źrenicy nie wydobyło. Nad obu oczyma jej brata wisi nieustannie to samo niebezpieczeństwo i tu możemy być również zmuszeni kiedyś do wykonania trudnego zabiegu operacyjnego. Dr. Rosenhauch wspomina o podobnym przypadku spostrzeganym za czasów Prof. Wicherkiewicza. Przedstawiony przypadek stanowi daleko posunięty stopień ektopji soczewki. Mówi o sposobach badania w przypadkach takich soczewek.

Odczyt Prof. Wachholza p. t.: *„O kilku nowych ustawach karnych tyczących się lekarzy"*.

W dyskusji zabierają głos: Prof. Piltz, Dr. Weinsberg, Doc. Szymanowicz, Prof. Wachholz.

Odczyt Dr. Sikorskiej p. t.: *„Kilka słów o klinikach neurologiczno-psychicznych za granicą"*. Prelegentka w krótkim rysie podaje informacje co do zwiedzonych przez nią klinik neurol.-psych. w Wiedniu, Monachjum, Tübingen, Brukseli i Paryżu.

Odczyt Dra Brzezickiego p. t.: *„Nowsze zapatrywania na udar mózgowy z uwzględnieniem własnych badań"*.

W dyskusji zabierają głos: Dr. Blassberg, który zauważa, że Huchardt był pierwszy, który brał pod uwagę zmiany funkcjonalne jako etjologię miażdżycy. Prof. Latkowski wspomina, że jako analogja do krwotoków mózgowych występuje nieraz krwiomocz u sportowców jak również wynaczynienia w nerkach.

Sekretarz: *E. Szczeklik.*

LISTY DO REDAKCJI.

Wielce Szanowny Panie Redaktorze! Proszę uprzejmie o zamieszczenie następującej uwagi w P. G. L.

„W numerze 11 Pol. Gaz. lek. (z 11. III. 1928) znajduje się interesująca praca Dr. Wąsowicza p. t. „Spostrzeżenia kliniczne nad wodnym odczynem doskórnym (próba Aldricha)". Ze zdumieniem wyczytałem, że autor po wstrzykiwaniach wśródskórnych otrzymał pęcherzyk. Próby Aldricha i Mc. Clure używałem przed 2 laty do naszych badań nad pęcherzycą (v. Leszczyński i Blatt: Pemhigusstudien mittels der Kochsalzquaddel, Archiv f. Dermat. u. Syphil. T. 153., str. 307) i otrzymywaliśmy zawsze bąbel, nigdy pęcherzyk. Aldriche i Mc. Clure również otrzymywali tylko bąble, nie zaś pęcherzyki, jak mylnie kol. Wąsowicz na str. 192 podaje. W polskim jezyku używamy na oznaczenie urtica, słowa bąbel, zaś pęcherzyk oznacza tyle co vesicula lub phlyctena (p. Słownik lek. krakowski).

Leszczyński (Lwów).

Wielce Szanowny Panie Redaktorze.

W sprawie uwagi p. Doc. Dra R. Leszczyńskiego uprzejmie proszę o nadmienienie poniższych kilku słów:

„Uwaga Wielce Szanownego Pana Docenta Dra R. Leszczyńskiego jest najzupełniej słuszna, to też dziękuję Mu za łaskawe poprawienie mylnie użytego przezemnie terminu.

Pragnę, jednak, nadmienić, że korzystałem przeważnie z piśmiennictwa francuskiego, i dlatego francuskie „venisule", zbliżone do łacińskiego „vesicula" nieopatrznie po polsku podałem jako „pęcherzyk", zamiast właściwego określenia — „bąbel".

Łączę wyrazy głębokiego szacunku

Dr. Stanisław Wąsowicz.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Drugi Zjazd Związku Lekarzy Słowiańskich. W dniach 25—28 maja r. b. odbędzie się drugi zjazd lekarzy słowiańskich w Pradze. Postanowienie urządzenia II-go zjazdu w Pradze zapadło na I-szym zjeździe lekarzy słowiańskich, który się odbył zeszłego roku w Warszawie. Zgłoszenia na zjazd mają być przesłane do Zarządu w Pradze najdalej do 31 marca r. b. Członkowie Związku Lekarzy Słowiańskich chcący wziąć udział w zjeździe w Pradze, winni niezwłocznie przez rządy swoich okręgów lub wprost do Zarządu Głównego (Towarzystwo Lekarskie Warszawskie — Warszawa, Niecała 7) przesłać imię, nazwisko i miejscowość Tematy naukowe z krótkiem streszczeniem, należy zgłosić przed 15 kwietnia r. b.

Rozpoczęcie kursu dla kontrolerów sanitarnych. W początkach marca otwarty został w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie 4-ro miesięczny kurs wyszkolenia dla kontrolerów (dozorców) sanitarnych, jako pomocniczych organów wykonawczych w dziale administracji sanitarnej. Zadaniem kursu jest nauczenie słuchaczy dokonywania inspekcji otoczenia (t. zn. domów, podwórzy, studni, ustępów i t. p.), dokonywanie nadzoru nad produktami spożywczemi, wytwórni i miejsc sprzedaży ich, prób do analizy wody, dokonywanie dezynfekcji i dezynsekcji i t. p. Na kurs wpłynęło ogółem 85 zgłoszeń, w tem 54 kandydatów zgłoszonych przez władze rządowe i samorządowe (Wydziały powiatowe Sejmików, Magistratów i t. p.). Ze względu na ograniczoną liczbę miejsc na kursie, w związku z ćwiczeniami praktycznemi, Państwowa Szkoła Higjeny uwzględniła tylko 34 zgłoszeń, w tem 31 kandydatów, delegowanych przez urzędy; 3 zgłoszenia prywatne. Przeważna liczba kandydatów, którzy nie mogli być przyjęci na obecny kurs, zgłosiła swoje uczestnictwo na II-gi kurs, który rozpocznie się w styczniu 1929 r.

Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, pragnąc przyczynić się do jaknajszerszego spopularyzowania naszych uzdrowisk i skierwania kuracjuszów do uzdrowisk swojskich zamiast do obcych, urządza wzorem dwóch lat ubiegłych, w siedzibie swej (Widok 23) serję odczytów z dziedziny klimatoterapji i balneoterapji polskiej. Odczyty te są bezpłatne, przeznaczone dla lekarzy, studentów i osób zainteresowanych. I. Serja odczytów: 1) Piątek dnia 23 marca, godz $8^1/_2$ wieczorem. Doc. Dr. med. A. Sabatowski (Lwów): Wybrzeże Morskie i północna krawędź Pomorza, jako obszary lecznicze. Dyrektor J. St. Szczerbiński: Uporządkowanie spraw uzdrowiskowych na wybrzeżu. Odczyt będzie ilustrowany obrazami świetlnemi. — 2) Piątek dnia 30 marca, godz. $8^1/_2$ wieczorem. Dr. W. Tarnawski (Kosów): Lecznica Dra Tarnawskiego w Kosowie i jej metoda. Dr. Józef Zakrzewski (Lwów - Niemirów): O wartościach kąpieli siarczanych i borowinowych w Niemirowie zdroju (woj. Lwowskie).

Czasopismo sądowo-lekarskie. Pod tym tytułem zaczęło wychodzić świeżo w Warszawie nowe czasopismo poświęcone wyłącznie sprawom medycyny sądowej. Pierwszy numer tego czasopisma, które ma się pojawiać cztery razy do roku, przedstawia się okazale. To też tą drogą zasyłamy jego redakcji serdeczne życzenia powodzenia dla dobra nauki polskiej.

Likwidacja sprawy pomiędzy lekarzami warszawskimi, do której załatwienia nadawał się z istoty rzeczy Sąd Izby lekarskiej, a nigdy Sądy zwykłe. W Kurjerze warszawskim z 16 marca b. r. czytamy: W końcu r. 1925 warszawska dyrekcja kolejowa wymówiła kontrakty wszystkim lekarzom konsultantom i z rozporządzenia ministerjum kolei ogłosiła na te stanowiska konkursy z zastrzeżeniem, że dawni pracownicy będą mieli pierwszeństwo do objęcia swych posad, o ile będą odpowiadali warunkom konkursu. Sąd konkursowy, na którym przewodniczył naczelnik wydziału sanitarnego ministerstwa, dr. Tadeusz Borzęcki, a referentem był jego pomocnik dr. Czesław Jakubowski, uznał wszystkich dawnych lekarzy za godnych pozostania na stanowiskach, z wyjątkiem dr. Witolda Szumlańskiego, którego usunięto bez podania przyczyn takiego orzeczenia i pomimo, że kwalifikacje i wieloletnia jego służba na kolei nie usprawiedliwiały bynajmniej takiego orzeczenia. Dr. Sz. uważając, że tylko niechęć osobista drów B. i J. była powodem takiego niekorzystnego dlań orzeczenia komisji, wystosował do tych panów list, w którym jako kolegom, zarzucał przedstawienie w fałszywem świetle jego kwalifikacji i drogą oszczerstw i intryg usposobienie dla niego niekorzystne członków komisji nie lekarzy. Pp. B. i J. uznali, że są obrażeni i nie osobiście, lecz jako urzędnicy, i za pośrednictwem ministerstwa wystąpli do prokuratora ze skargą, prosząc o pociągnięcie do odpowiedzialności dr. Sz. za obrazę urzędników, z powodu pełnienia obowiązków służbowych. Śledztwo przedwstępne nie wykazało winy dr. Sz. Prokurator orzekł, że dr. Sz. w liście swym napisał prawdę. Na wniosek tedy prokuratora sąd sprawę umorzył. Wówczas ministerstwo wystąpiło do sądu apelacyjnego, z podaniem o wznowienie dochodzenia, przedstawiając nowe dowody, na których zasadzie komisja miała jakoby podstawy do usunięcia dr. Sz. W wyniku tego cała sprawa przeszła do sądu okręgowego, który ją rozpoznawał w październiku r z. i uznawszy dr. Sz. za winnego obrazy urzędników, skazał go na miesiąc więzienia, z zawieszeniem wykonania wyroku na 2 lata ze względu na okoliczności łagodzące. Inaczej jednak zapatrywał się na całą sprawę sąd apelacyjny, do którego odwołał się dr. Szumlański i przed którym dowodził swej niewinności na tej zasadzie, że listu nie pisał bynajmniej do urzędników, których postępowania nie krytykował, lecz do kolegów lekarzy, którzy z pobudek czysto osobistych, nie przebierając w środkach, starali się drogą przeinaczenia faktów i intrygi zdyskwalifikować go, aby na opróżnione po nim stanowisko móc wprowadzić swego protegowanego dr. Jerzego Rogozińskiego. Po zbadaniu wszystkich powyższych okoliczności i po przemówieniu oskarżonego, adw. Żegilewicza, wydział II karny sądu apelacyjnego doszedł do wniosku że treść zarzutów, uczynionych Borz. i Jak., bądź odpowiadała prawdzie, bądź też dr. Szumlański miał podstawy objektywne do uważania ich za prawdziwe, przyczem działał w obronie swej czci, domagając się w ten sposób ujawnienia rzeczywistych przyczyn zwolnienia go, wobec czego, zgodnie z art. 537 k. k.. należy go z oskarżenia o zniesławienie uniewinnić i skazujący wyrok sądu okręgowego uchylić. Tak też postanowiono.

Kraków.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. We środę dnia 21 marca b. r. odbyło się w sali Krak. Towarzystwa Lekarskiego o godzinie 8,15 wieczorem posiedzenie naukowe z następującym porządkiem dziennym: I. Demonstracje: Pułk. Lek. Dr. Maciag: Ostry zanik wątroby na tle kiłowem w przebiegu leczenia salwarsanem. II. Dr. Wojciechowski: Demonstracja preparatu ginekolog. III. Z II Kliniki wewn.: Pokazy chorych. IV. Odczyt Prof. Dra E. Godlewskiego p. t.: „Z badań nad regeneracją".

XXIV Zjazd Chirurgów polskich w Krakowie dnia 12, 13 i 14 kwietnia b. r. Tematy programowe: 1) Prof. A. Leśniowski (Warszawa): Nowotwory okrężnicy. — 2) Prof. I. Wierzejewski (Poznań): Zwichnięcia zastarzałe stawów: barkowego, łokciowego i biodrowego. — Zgłoszone referaty: 3) Doc.

K. Nowakowski (Poznań): O guzach zapalnych okrężnicy. — 4) Prof. T. Ostrowski: Postępowanie przy nowotworach okrężnicy. 5) Tenże: O nowotworach dróg żółciowych i ich leczeniu operacyjnem. — 6) Prof. L. Kryński (Warszawa): W sprawie operacji wytwórczych na czaszce. — 7) Prof. Z. Radliński (Warszawa): W sprawie techniki zespolenia tętniczo - żylnego. — 8) Doc. Br. Szerszyński (Warszawa): Z badań nad czynnością nerek: a) wpływ odnerwienia na czynność nerki, b) czynność nerki a zabieg operacyjny. — 9) Prof. A. Jurasz (Poznań): O operacjach wytwórczych. — 10) Prof. R. Węgłowski (Lwów): Co się dzieje z żyłą, przeszczepioną do tętnicy człowieka, po upływie szeregu lat po operacji — 11) H. Weis (Łódź): Z kazuistyki torbieli trzustki. — 12) M. Eliasberg (Łódź): Z kazuistyki skrętu kątnicy. — 13) J. Kalisz (Łódź): Wskazania do stosowania radu i sprawozdania z leczonych przypadków. — 14) M. Abramowicz (Warszawa): Histofizjologja i patologja sutki w świetle najnowszych badań. — 15) P. Goldstein (Warszawa): Wyniki leczenia operacyjnego nowotworów mózgu i rdzenia. — 16) J. Pomper (Warszawa): Leczenie przepuklin pachwinowych u małych dzieci. — 17) F. Niewiadomski (Warszawa): Leczenie nowotworów okrężnicy. — 18) St. Radwan (Warszawa): Przeszczepianie kości długich. — 19) J. Szper (Warszawa): Leczenie obrzęków przewlekłych kończyny dolnej sympatektomją okołotętniczą. — 20) J. Zaorski (Warszawa): Zestawienie porównawcze zapatrywań na rozpoznanie i leczenie owrzodzeń żołądka i dwunastnicy. — 21) F. Skubiszewski (Poznań): Guzy żółtawe z komórkami olbrzymiemi pochewek ścięgnistych oraz torebek stawowych. — 22) Tenże: W sprawie różniczkowego rozpoznania wrzodów dwunastnicy lub przyodźwiernikowych, a schorzeń dróg żółciowych. — 23) Cz. Maciejewski (Poznań): Przypadek megaloureteru obustronnego. — 24) W. Kowalski (Poznań): O przewlekłem zapaleniu trzustki. — 25) M. Miłoszewski (Poznań): Mesenterium ileocolicum commune. Patologja, klinika i leczenie. — 26) Tenże: Operacja wyboru przy wrzodach dziurawiących żołądka i dwunastnicy. — 27) W. Türschmid (Nowy Targ): Przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego na tle pasorzytniczem (tasiemiec wyrostka). — 28) Z. Dziembowski (Bydgoszcz): O nowotworach okrężnicy i wynikach ich leczenia. — 29) Tenże: O chorobie Hirschprunga. — 30) Tenże: Nowsze doświadczenia z dziedziny chirurgji śledziony. — 31) S. Kaliniewicz (Kalisz): O bezpośredniem przelewaniu krwi na podstawie własnych obserwacyj. — 32) Tenże: Rzadki przypadek umiejscowienia gruczolaków przysterczowych, wyleczony drogą operacji. — 33) Tenże: Pokaz kamieni pęcherzowych, usuniętych u 13-letniego chłopca. — 34) K. Czyżewski (Lwów): Postępowanie przy ostrem przebiciu wrzodu żołądka. — 35) Tenże: Postępowanie przy nowotworach złośliwych kości. — 36) J. Kochaj (Lwów): Wyniki zestawień statystycznych operacji wyrostka robaczkowego za lata 1923—1927. — 37) Sassower (Lwów): Etjologja, patogeneza i leczenie żylaków kończyn dolnych. — 38) E. Meisels (Lwów): Ostitis cystica fibrosa i ostitis deformans Paget. — 39) K. Szpilman i F. Niewiadomski (Warszawa): Guzy wątroby. — 40) Doc. H. Hilarowicz (Lwów): O wartości rozpoznawczej odmy otrzewnowej. — 41) Doc. H. Hilarowicz i M. Szajna (Lwów): Z badań doświadczalnych nad udoskonaleniem znieczulenia rdzeniowego. — 42) A. Gruca (Lwów): W sprawie leczenia żylaków sposobem Sicarda, Linsera i Genevriera. — 43) Tenże: Trzy przypadki t. zw. Luxatio coxae centralis. — 44) Tenże: Pokazy z zakresu chirurgji stawu biodrowego. — 45) M. Jurim (Lwów): W sprawie rozejścia się rany polaparotomijnej. — 46) Doc. J. Glatzel (Kraków): Nowotwory okrężnicy. — 47) St. Nowicki (Kraków): Powstawanie i znaczenie kliniczne martwicy kości w nasadach. — 48) J. Zaremba (Kraków): Luxatio coxae centralis. — 49) J. Jasieński (Kraków): Gruźlica trzonów kości długich.

Lwów.

Zarząd Izby lekarskiej lwowskiej prosi o umieszczenie na łamach Szanownego pisma następującego komunikatu: W jednem miasteczku prowincjonalnem lekarz prywatny wniósł zażalenie do Zarządu Kasy chorych na kolegę kasowego o zaniedbanie chorego. Nie wchodząc w meritum sprawy Zarząd Izby lekarskiej lwowskiej na posiedzeniu dnia 7-go b. m. postanowił zwrócić tą drogą uwagę wszystkich Kolegów, że Zarządy Kas chorych nie mogą decydować o sprawach lecznictwa, i nie są one terenem odpowiednim do wytaczania przez lekarzy wzajemnych zarzutów, odnoszących się ściśle do dziedziny lecznictwa. W myśl przepisów ustawy i deontologji lekarskiej wszelkie z tego zakresu wynikłe sprawy winni Koledzy oddawać do rozpatrzenia i osądzenia Izbom lekarskim.

Zarząd Izby lekarskiej lwowskiej donosi: „Lekarz potrzebny do Sanatorjum dla piersiowo chorych. Warunki do umowy na miejscu lub listownie po nadesłaniu oferty z curriculum vitae. Woj. Warszawskie, poczta Mrozy, Sanatorjum w Rudce.

Poznań.

III Zjazd Okulistów Polskich odbędzie się w Poznaniu 27, 28 i 29 kwietnia r. b. Referatów zgłoszono 35. Wszelkich informacji udziela Dr. Jasiński, Klinika Okulistyczna U. P., Wały Batorego 2.

Ze świata.

Kurs dokształcający dla Lekarzy we Wiedniu. Wydział lekarski Uniwersytetu Wiedeńskiego urządza w czasie od 18 do 30 czerwca 1928 r. kurs z dziedziny *nowoczesnego lecznictwa*, połączony z ćwiczeniami seminaryjnemi. Kurs ten odbywać się będzie w godzinach od 9 — 1/2l-szej przed i od 4 do 6-tej godziny popołudniu. Ćwiczenia seminaryjne odbędą się w czasie od 2 do 7 lipca 1928 r. Wszelkich wyjaśnień tyczących się tego kursu udziela sekretarz Kursów uniwersyteckich Dr. A. Kronfeld, Wien IX, Porzellangasse 22.

W. d. 2—4 kwietnia odbędzie się XXIII Zgromadzenie paryskiej „Association des Anatomistes“ w formie Międzynarodowego zjazdu w Pradze czeskiej. Wśród 114 wykładów, zgłoszonych na ten Zjazd, znaczną liczbę, mianowicie ponad 20 zapowiedzieli badacze polscy, a to: prof. Loth, Słomiński, Trojanowski, Manteuffel, Dzwonkowski, Grzybowski, Poplewski, Sieramski i Zakalska z Warszawy, Kosiński, Zalewski z Wilna, Kurkiewicz z Poznania, Grodziński, Kołodziejski, Smereczyński, Hiller z Krakowa.

Zarząd Amerykańskiego Towarzystwa Neurologicznego, mający siedzibę w New-Yorku proponuje zorganizowanie w r. 1931 Międzynarodowego Zjazdu Neurologicznego. Zarząd pragnie wiedzieć: 1) czy projekt ten zyska uznanie wśród neurologów, 2) jakie miejsce byłoby najodpowiedniejsze na urządzenie Kongresu, proponując ze swej strony Szwajcarję albo Holandję, 3) jako najdogodniejszą porę roku Zarząd uważa koniec sierpnia lub początek września. W zakończeniu Zarząd Towarzystwa prosi o powołanie w najbliższym czasie przynajmniej 2 delegatów z każdego kraju, celem szczegółowego omówienia ogólnych planów Zjazdu oraz o zawiadomienie, czy jest wskazane lub nawet konieczne spotkanie się tych delegatów latem 1928 r. w celu sformułowania ogólnego programu. Odezwę w imieniu Komitetu podpisali: B. Sachs (prezes) New-York. Charles L. Doud, New-York, Frederick Tilney, New-York, Theodor Weisenburg, Filadelfja i Henry Alsop Riley (sekretarz) New-York.

Na kongresie lekarzy sportowych w St. Moritz Polskę reprezentował dr. Dybowski ze Lwowa. Uchwalono założenie Miedzyn. Zw. Lekarzy Wychowania Fizycznego i Sportu i przeprowadzono wybory do zarządu z następującymi wynikami: prezes — dr. Knoll (Szwajc.), sekretarz gen. — dr. Mallwitz (Niem.); członkowie zarządu: dr. Latarget (Fr.), dr. Hill (Ang.), dr. Brown (St. Zjedn.), dr. Buytendyk (Hol.), Dla przygotowania następnego posiedzenia w Amsterdamie od 2 do 4 sierpnia rb., wybrano komisję w składzie: dr. Buytendyk (Hol.), — prezes, dr. Fejs (Hol.), dr. Brown (St. Zjedn.), dr. Dybowski (Polska), dr. Hill (Ang.), dr. Knoll (Szwajc.), dr. Latarjet (Fr.) i dr. Schnell (Niem.).

Zmarli.

Ś. p. Profesor Dr. Tadeusz Browicz zmarł w Krakowie w dniu 20 marca b. r. w 82-gim roku życia. Jeden z największych i najzasłużeńszych dla nauki uczonych polskich pozostawił w spuściźnie około 124 mniej lub więcej obszernych dzieł i publikacyj naukowych. Ś. p. Browicz był od roku 1880 do r. 1919 zwyczajnym profesorem anatomji patologicznej na Uniwersytecie Jagiellońskim, poczem przyjął ofiarowaną sobie profesurę honorową tegoż Uniwersytetu.

Szczegółowszy nekrolog ś. p. Zmarłego podamy w jednym z najbliższych numerów Polskiej Gazety Lekarskiej.

Redakcja otrzymała:

A. Nasiłowski: „Spostrzeżenia nad odżywianiem niemowląt w Zagłębiu Dąbrowskiem. Przyczyny niedokarmienia piersią“. Odb. z Pedjatrji Polskiej t. VII, zesz. 7. 1928.

Bureau international du travail: „Bibliographie d'hygiène industrielle. Vol. II, nr. 8. December 1927.

Edm. Leyberg: „Technika badań klinicznych“ (mocz, treść żołądka, kał, plwocina i bakterjoskopja), jako tom I Bibljoteki Okręgowego Związku Kas chorych w Łodzi.